

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 mai 2012

Présidence de M. NEU
Juges : Mmes Di Ferro Demierre et Brélaz Braillard
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

U._____, à Morges, recourante,

et

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

Art. 87 RAI

E n f a i t :

A. U._____, née le 2 février 1959, de nationalité italienne, titulaire d'un permis C, mariée depuis le 9 août 1980, mère de deux enfants aujourd'hui majeurs, a travaillé comme nettoyeuse indépendante depuis mars 1993.

Le 15 mars 2004, la Dresse T._____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de U._____, a adressé sa patiente au Dr C._____, neurologue. Au terme d'un examen clinique, ce dernier a établi un rapport du 25 mars 2004 dans lequel il a retenu la présence d'un syndrome lombo-vertébral modéré, sans constater d'atteinte radiculaire objective, ni en particulier de déficit radiculaire significatif. Si ce médecin a observé une relative contrainte proximale sur les racines lombo-sacrées, il n'a pas vu de signes en faveur d'une atteinte neurogène au niveau des myotomes S1 bilatéralement. Le Dr C._____ a conclu qu'au vu du jeune âge de la patiente, de l'absence de tout déficit radiculaire et de la documentation radiologique de l'atteinte, une présentation neurochirurgicale ne lui paraissait alors pas adéquate, lui préférant l'approche antalgique.

Dans une lettre adressée le 19 octobre 2004 à la Dresse T._____, la Dresse G._____, du Service universitaire de neurochirurgie de l'Hôpital R._____, a constaté que U._____ présentait principalement des lombalgies, avec des irradiations dans les membres inférieurs peu claires et que l'IRM ne parlait pas "sérieusement en fonction d'un canal sévèrement étroit", raison pour laquelle elle ne proposait pas d'intervention neurochirurgicale, mais seulement un traitement conservateur, avec infiltration épidurale.

Dans une lettre adressée le 3 novembre 2004 à la Dresse T._____, le Dr I._____, neurochirurgien, a constaté que U._____ présentait des "troubles dégénératifs partiels basi-lombaires avec protrusion discale L4-L5 et L5-S1 de même qu'une sténose canalaire

relative débutante associée sur hypertrophie dégénérative", sans "signes objectifs radiculaires déficitaires ni irritatifs importants des membres inférieurs", excluant dès lors une intervention neurochirurgicale décompressive, mais conseillant la poursuite des traitements conservateurs et l'exécution d'une ou deux infiltrations périurales.

Dans un rapport médical établi le 23 janvier 2005 [recte: 2006], la Dresse T. _____ a posé divers diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail (stéatose hépatique sur consommation excessive et régulière d'alcool depuis 2000; HTA traitée depuis 2001; décompression du nerf médian au poignet gauche le 13 novembre 2003; status après cure de varices [au] membre inférieur droit; prolapsus de la valve mitrale et tricuspide sans insuffisances depuis 2002; ulcère gastrique bulbaire subaigu en 1997; rhinite saisonnière). Ce médecin a estimé que U. _____ présentait une incapacité de travail à 50 % depuis le 8 novembre 2004 pour une durée indéterminée et que l'état de santé de sa patiente s'aggravait. La Dresse T. _____ a rendu compte des plaintes subjectives suivantes: "Lombalgies bilatérales irradiant dans les membres inférieurs de manière diffuse, sans territoire spécifique, jusqu'au niveau des pieds, accompagnées de paresthésies et sentiment d'engourdissement à prédominance distale. Les douleurs se manifestent à la marche après 10' - 15' de marche, l'obligeant à s'arrêter, ainsi qu'en position couchée et la nuit, la réveillant plusieurs fois. Troubles du sommeil avec réveils nocturnes. Labilité émotionnelle, anxiété, sentiment de dépréciation. En dehors des douleurs mentionnées, douleurs diffuses: thoraciques, abdominales, des épaules. / Consommation régulière d'alcool sous forme de vin rouge à 1 l par jour." La Dresse T. _____ a enfin posé le constat suivant: "Madame U. _____ présente donc des lombalgies bilatérales avec un syndrome pseudo-radiculaire bilatéral sur troubles dégénératifs étagés et canal lombaire étroit, rebelles aux différents traitements entrepris et associées à un état dépressif et à une consommation excessive régulière d'alcool. Un taux d'activité à plus de 50 % en tant que nettoyeuse n'est pas réaliste; en effet elle ne peut pas éviter dans sa profession des activités exigeant une station debout ou statique prolongée et le port de charges lourdes. En résumé et au vu des pathologies

cumulées, Madame U._____ est mise au bénéfice d'une incapacité de travail de 50 % du 08.11.2004 et sa capacité de travail exigible dans toutes les professions est actuellement à 50 %."

Dans une lettre adressée le 2 juin 2005 à la Dresse T._____, le Dr W._____, neurologue, a posé le diagnostic de lombalgie chronique avec syndrome pseudo-radiculaire bilatéral dans le cadre d'un état dépressif et une surconsommation éthylique.

B. U._____ a déposé le 10 novembre 2005 une demande de prestations AI pour adultes en raison d'une incapacité de travail à 50 % motivée par les atteintes suivantes: "mal au dos, des jambes permanent / douleurs partout, dépression, vertiges / pression artérielle haute" depuis 2000.

Dans un rapport du 28 novembre 2005, le Dr V._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a exposé que U._____ possédait sa propre entreprise de nettoyage, avec quatre personnes sous ses ordres, que son travail consistait à établir des devis, à faire de la gestion et à surveiller son personnel, et que la patiente se plaignait de douleurs lombaires droites, de brûlures dans les deux jambes présentes 24 heures sur 24, avec des troubles du sommeil dus à ces brûlures. Le Dr V._____ a diagnostiqué une lombalgie chronique sur rétraction des ischio-jambiers et un éthylisme chronique; il a constaté des limitations physiques (pas de port de charges de plus de 10 kg et éviter les mouvements de flexion du torse) et a invité à demander l'avis d'un psychiatre pour les limitations psychiques. Le Dr V._____ a estimé que les troubles physiques n'avaient pas d'importance dans une activité de pure gestion et de surveillance (direction d'une entreprise de nettoyage), que leur prise en charge était correcte, en relevant qu'un avis psychiatrique était essentiel car un sevrage de la consommation d'alcool devait commencer et qu'une réadaptation professionnelle était inutile. Ce médecin a constaté que la patiente travaillait déjà à 50 % et conclu qu'elle pouvait travailler à 100 % dans son entreprise en effectuant le travail de bureau et de direction, l'avis du psychiatre restant réservé.

Sur formule destinée à l'assurance-invalidité, le Dr W. _____ a constaté le 26 juillet 2006 que l'état de santé de U. _____ était stationnaire.

Le 11 décembre 2006, le Dr I. _____ a adressé un rapport à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) dans lequel il a posé les diagnostics de protrusions discales L4-L5 et L5-S1, de troubles dégénératifs lombo-vertébraux avec sténose canalaire débutante, de syndrome lombo-vertébral statique et fonctionnel, d'hypertension artérielle et d'insuffisance aortique traitée, avec un état de santé stationnaire. Dans l'annexe à ce rapport datée du 11 décembre 2006, le Dr I. _____ a constaté que l'activité exercée jusqu'alors était encore exigible, avec une diminution de rendement de l'ordre de 50 %, en précisant: "Patiente indépendante mais arrivant à gérer son entreprise de par ses employés et les limitations vertébrales quotidiennes qu'elle respecte au mieux de ses possibilités".

Une enquête économique pour les indépendants du 19 décembre 2006 expose que le mari de U. _____ gère leur entreprise de nettoyage, soit l'établissement de devis, la facturation, la gestion des salaires et les commandes de produits, tâches que l'assurée ne peut pas assumer car elle ne sait pas écrire le français et le lit très mal, étant toutefois en mesure de préparer les repas pour midi pour les ouvriers et d'exécuter de petits nettoyages.

Dans un rapport d'examen du Service médical régional de l'AI Suisse romande (ci-après: le SMR) daté du 10 décembre 2007, le Dr D. _____ s'est fondé sur les constatations du Dr V. _____ pour retenir que U. _____ avait une capacité de travail de 50 % dans la profession de nettoyeuse depuis le 8 novembre 2004, de 100 % dans l'activité de direction de son entreprise et de 100 % dans une profession adaptée depuis toujours.

Par projet de décision du 16 décembre 2008, l'OAI a constaté notamment que la capacité de travail de U._____ était de 50 % dans la profession de nettoyeuse et de 100 % dans une activité salariée non qualifiée adaptée à son état de santé et qu'elle pouvait exercer sans formation préalable à temps complet. L'OAI a estimé exigible de la part de l'assurée qu'elle abandonne son activité indépendante au profit d'une activité salariée non qualifiée, compte tenu de son jeune âge et des éléments relevés dans l'enquête économique du 12 décembre 2006. En raison des limitations fonctionnelles de l'assurée, l'OAI a admis un abattement de 10 % sur le revenu annuel d'invalidité fixé à 49'121 fr. par an, soit un revenu annuel professionnel raisonnablement exigible de 44'209 fr. avec invalidité. Le revenu sans invalidité - basé sur le revenu annuel moyen (valeur 2002-2004) - étant de 19'047 fr., la perte de gain était nulle.

Par lettre du 22 janvier 2009, U._____ a contesté les conclusions de l'OAI, notamment au sujet du degré de son incapacité de travail.

Dans un courrier adressé le 27 janvier 2009 à l'OAI, la Dresse T._____ contestait l'appréciation du degré d'invalidité retenu en rappelant que la scolarité de l'assurée s'était arrêtée après l'école primaire dans un village en Italie, que son français écrit était presque inexistant et que les travaux administratifs de l'entreprise étaient effectués par son mari.

Par décision du 25 février 2009, l'OAI a intégralement confirmé la motivation de son projet et rejeté la demande de rente d'invalidité. L'assurée n'a pas recouru contre ce prononcé.

C. Dans une lettre adressée le 12 mai 2009 à l'OAI, la Dresse T._____ a exposé que U._____ présentait "une aggravation du syndrome pseudo radiculaire des membres inférieurs avec des douleurs et troubles de la marche, associée à une baisse de l'état général avec fatigabilité marquée et aggravation de l'état dépressif" et que, "compte

tenu de ces éléments, une incapacité de travail à 75 % était pleinement justifiée".

Par lettre du 14 mai 2009, l'OAI a répondu à la Dresse T._____ que la décision du 25 février 2009 refusant une rente à U._____ n'avait pas fait l'objet d'un recours, si bien que l'assurée devait présenter une demande écrite de révision établissant de façon plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer le droit aux prestations.

Par lettre du 17 août 2009, U._____ a écrit à l'OAI que son état de santé s'était encore aggravé durant l'année et qu'elle souffrait de fortes douleurs dans tout le corps, sa dépression s'étant péjorée.

Dans un avis médical du SMR daté du 20 août 2009, le Dr N._____ a considéré que, sur la base du rapport du 12 mai 2009, une aggravation de l'état de santé était possible, mais devait être mieux documentée, en particulier en demandant à l'assurée si elle était suivie par un psychiatre qui pourrait être interrogé.

Dans un courrier du 15 septembre 2009, le Dr H._____, chef de clinique auprès de l'Hôpital psychiatrique M._____, a déclaré à l'OAI qu'il n'était pas en mesure de lui fournir les informations médicales requises car la patiente avait été vue la dernière fois en 2007.

Dans un rapport médical adressé le 13 juillet 2009, la Dresse A._____, spécialiste en radiologie, a informé la Dresse T._____ qu'elle avait effectué une IRM cervicale et lombaire sur U._____ et conclu, pour l'IRM cervicale, à une "légère arthrose cervicale" et un "léger rétrécissement acquis du canal rachidien", et pour l'IRM lombaire à une "légère discopathie en D11-D12", une "arthrose modérée de L3 à S1 surtout postérieure en L4-L5, des discopathies modérées de L4 à S1 avec canal lombaire étroit congénital acquis modéré de L4 à S1. Rétrécissement modéré du trou de conjugaison gauche en L4-L5 pouvant donc entraîner une symptomatologie radiculaire L4 gauche."

Dans une lettre adressée le 18 septembre 2009 à la Dresse T._____, le Dr I._____ a déclaré avoir réexaminé l'assurée à sa consultation sur le plan neurochirurgical. Ayant eu connaissance des résultats de l'examen IRM lombaire, ce médecin a constaté que U._____ présentait "des troubles dégénératifs et statiques lombovertébraux dans le cadre d'un excès pondéral connu avec une symptomatologie en grande partie chronifiée et se réexacerbant par phases". Ce spécialiste n'a pas constaté la présence d'indices suffisants justifiant une intervention neurochirurgicale et a préconisé la poursuite des traitements conservateurs, tant médicamenteux et rééducationnels doux, que sous forme de nouvelles infiltrations.

Dans une lettre adressée le 24 novembre 2009 à la Dresse T._____, le Dr W._____ a précisé avoir vu U._____ le 24 novembre 2009 (pour un consilium avec ENMG). Il a exposé les résultats de ses examens et énoncé les conclusions suivantes:

"(...) cette patiente de 50 ans (...) souffre depuis au moins 14 ans de douleurs lombaires chroniques. Elle décrit une aggravation des douleurs depuis le dernier contrôle (...). Les douleurs sont toujours localisées dans le bas du dos à prédominance droite, irradient d'une façon pseudo-radiculaire sur le devant mais également sur le derrière des jambes jusque dans les pieds. Les douleurs sont présentes dans toutes les positions corporelles. Il y a une légère limitation du périmètre de la marche. L'examen neurologique révèle une hyporéflexie au niveau des membres inférieurs, par contre il n'y a pas de troubles de la sensibilité superficielle et profonde, pas d'anomalie de la force. La démarche s'effectue sans difficulté. Il y a l'absence d'un syndrome lombo-vertébral. Aussi le bilan électrophysiologique est de nouveau complètement rassurant, il n'y a pas d'anomalie de la conduction nerveuse au niveau des membres inférieurs, la myographie des myotomes L5 et S1 droite est complètement normale. Sur le plan objectif il n'y a aucune modification des données par rapport à mon examen effectué en 2005. La patiente présente heureusement une amélioration après l'infiltration (...). Eventuellement on pourrait augmenter la dose de l'antidépresseur pour encore mieux influencer ses douleurs chroniques."

Dans un rapport médical destiné à l'OAI du 5 décembre 2009, la Dresse T._____ a rappelé les diagnostics antérieurs au 25 février 2009 et posé un pronostic réservé au vu de la longue évolution des pathologies

associées et de la reprise de la consommation d'alcool. Ce médecin évaluait le degré d'incapacité de travail à 80 % en tant que nettoyeuse et le degré d'activité encore exigible à 25 %, précisant qu'une activité soutenue au-delà de 2 heures par jour n'était pas possible en raison des restrictions physiques, mentales et psychiques.

Dans un nouvel avis médical du SMR du 4 février 2010, le Dr N. _____ a examiné l'ensemble des évaluations médicales et conclu que "dans une activité adaptée telle que l'administration de son entreprise, la capacité de travail reste entière, les limitations fonctionnelles du rachis étant respectées". Sur mandat du SMR, le Dr N. _____ a précisé le 9 février 2010 que les limitations fonctionnelles étaient alors les suivantes: "pas de port de charges de plus de 5 kg; pas de porte-à-faux; alternance des positions; pas de travaux avec les membres supérieurs au dessus de l'horizontale; pas de flexions-extensions ni rotations répétées de la nuque"; il a rappelé que "dans une activité strictement adaptée à ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail est entière".

Par projet de décision du 24 juin 2010, l'OAI s'est prononcé dans le sens du rejet de la demande de prestations pour le motif que la décision de refus du 25 février 2009 avait retenu "une capacité de travail entière dans une activité adaptée et une capacité de travail de 50 % en tant que nettoyeuse", que les nouvelles pièces médicales permettaient de conclure à l'absence de changement au niveau lombaire, mais que les cervicalgies s'étaient aggravées depuis 2008 sur discopathie C4 à C7. L'OAI a dès lors considéré que la capacité de travail comme nettoyeuse n'était plus que de 25 % depuis le 1^{er} janvier 2009 mais que, dans une activité adaptée, la capacité de travail restait entière, les limitations du rachis étant respectées.

Dans une lettre du 8 juillet 2010, la Dresse T. _____ a fait part à l'OAI de son étonnement et lui a demandé de la renseigner sur les activités auxquelles il était fait référence. Ce médecin a rappelé que l'état de santé de U. _____ s'était aggravé durant les deux dernières années.

Elle s'est par ailleurs référée à l'avis du Dr S._____, dont elle a joint la lettre du 6 mai 2010, et a annoncé une opération de réduction mammaire.

Par lettre du 14 juillet 2010, U._____ s'est plainte auprès de l'OAI qu'aucune expertise médicale n'ait jamais été effectuée.

Dans un avis médical du SMR du 3 septembre 2010, le Dr N._____ a conclu qu'il n'y avait globalement pas d'élément nouveau (sous réserve de l'opération de réduction mammaire), mais seulement "une appréciation différente d'une même situation par le médecin traitant, plus empathique".

Par décision du 8 septembre 2010, l'OAI a refusé la rente d'invalidité, reprenant la motivation de son projet de décision du 24 juin 2010.

D. Par acte du 23 septembre 2010, U._____ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, requérant la mise en œuvre d'une expertise médicale.

Ce recours a été rejeté par arrêt rendu le 22 juin 2011 (dans la cause AI 331/10), confirmant la décision de l'OAI de refus de procéder à la révision du cas. En substance, la cour a retenu que, au vu des éléments médicaux relatifs à la situation postérieure à la décision dont la révision avait été demandée, l'avis isolé du médecin traitant n'apparaissait pas suffisant pour attester une aggravation de l'état de santé de l'intéressée depuis la décision du 25 février 2009. Au contraire, les autres médecins consultés, qui avaient examiné la recourante avant et après ladite décision, avaient constaté l'existence d'un état stable, avec une chronification selon l'avis du Dr I._____. Ainsi, si l'ensemble des médecins avaient reconnu l'existence d'atteintes à la santé avec ou sans effet sur la capacité de travail, seule la Dresse T._____ soutenait que cette capacité se serait dégradée au point de faire obstacle à l'exercice d'une activité lucrative. L'avis du médecin traitant n'a donc pas été suivi, la mise en œuvre d'une expertise médicale ne se justifiant par ailleurs pas,

aucun autre élément que l'avis du médecin traitant ne venant conforter une aggravation de l'état de santé depuis la décision de refus de rente rendue le 25 février 2009.

E. Par acte du 27 juin 2011, la Dresse T._____ a saisi l'OAI d'une nouvelle demande de prestations. Invoquant une évolution de la pathologie rachidienne, respectivement une aggravation des lombosciatalgies bilatérales s'installant après quelques mètres de marche, elle s'est prévaluée d'une IRM pratiquée par la Dresse Y._____, spécialiste en radiologie, et du rapport établi par cette dernière le 9 juin 2011 attestant un important rétrécissement du canal L4-L5 et un rétrécissement du trou de conjugaison gauche au même niveau. La patiente devait en outre consulter le Dr I._____ au cours du mois de juillet suivant.

Dans un rapport médical de consilium établi le 29 juillet 2011 à l'attention de la Dresse T._____, le Dr I._____ a retenu ce qui suit:

"(...) Je vous remercie de m'avoir réadressé votre patiente susnommée, que j'avais déjà eu l'occasion d'examiner sur le plan neurochirurgical tant en novembre 2004 qu'en septembre 2009, et dont l'état a continué de se péjorer comme vous le relatez dans la récente lettre que vous avez eu la gentillesse de me faire parvenir. Les douleurs basi-lombaires, persistant de façon quotidienne et fluctuante en intensité, tout en s'accompagnant de douleurs radiculaires partielles des membres inférieurs à nette prédominance droite, sont donc de plus en plus limitatives et ont résisté notamment aux divers traitements tentés dans le centre d'antalgie de l'hôpital de P._____ (Dr S._____) d'octobre 2009 à mai 2010. La médication antalgique a toujours été nécessaire avec passage secondaire au MST (qu'elle poursuit actuellement à raison de 2 x 10 mg / jour), combiné à la prise de Celebrex et de Dafalgan, Mme U._____ maintenant par ailleurs une physiothérapie ambulatoire hebdomadaire.

Les douleurs basi-lombaires, prédominant par rapport à la symptomatologie des membres inférieurs, restent exacerbées tant aux positions statiques qu'à tout effort mettant à contribution son dos de même que par phases aux manoeuvres de Valsalva. Irradiation de la symptomatologie tout le long du membre inférieur droit et de façon plus légère et moindre du côté gauche alors que peuvent également survenir des paresthésies par phases des pieds (également à prédominance droite) notamment à la marche. Pas de crampes réelles d'accompagnement, pas de troubles sphinctériens neurogènes mais légère incontinence occasionnelle de stress. Difficulté à dormir de façon adéquate, la patiente devant souvent se tourner et se mettre de côté en position couchée. A maintenu initialement son activité professionnelle à 50 % puis uniquement à

25 %, se trouvant en arrêt de toute indemnité journalière sur le plan professionnel depuis le début de l'année et n'ayant par ailleurs pas réussi à obtenir d'éventuelles prestations de l'AI, institution avec laquelle elle serait en difficulté et recours juridique.

Sur le plan objectif, il subsiste une rectitude vertébrale avec hyperlordose lombosacrée basse et légère scoliose dorso-lombaire en « S » s'accroissant partiellement à l'antéflexion du tronc et s'accompagnant de contractures partielles paralombaires. Rigidité en latéroflexion sensible des deux côtés en fin de course à prédominance droite. Distance doigt-sol de 23 cm pour un Schober-lombaire de 10-13 cm. Tonicité fessière symétrique avec points de Valleix fessiers sensibles des deux côtés à prédominance droite. Manoeuvre de Lasègue négative sur le plan radicaire, sans blocage ni renforcement par le Bragard mais douleurs en fin de course à prédominance droite ainsi que lors des mouvements de flexion de la cuisse droite sur le tronc de même qu'en rotation interne de la hanche. Hyporéflexie rotulienne symétrique pour une aréflexie achilléenne bilatérale. Pas de parésies réelles objectivables dans les différents groupes musculaires examinés; légère instabilité de la cuisse droite à l'épreuve des jambes fléchies. Sensibilité dans les normes sinon une légère hypoesthésie L5 droite débordant sur le dermatome S1. Pas de boiterie ni de steppage à la marche chez une patiente pouvant se tenir symétriquement sur les pointes et les talons (de façon plus sensible des deux côtés lors de cette dernière manoeuvre). Genuflexion symétrique mais nécessitant un appui en remontée.

L'examen IRM lombaire de contrôle (09.06.11) confirme donc la présence de troubles dégénératifs des deux derniers niveaux lombaires avec dessiccation intercorporéale, protrusion discale tant médiane L4-L5 qu'en partie L5-S1, ainsi que nette hypertrophie facettaire et ostéoligamentaire bilatérale engendrant un canal lombaire étroit L4-L5 des deux côtés avec compression latérale du fourreau dural.

Appréciation: Mme U. _____ continue donc de présenter des lombalgies basses régulières, limitatives avec syndrome lombovertébral statique et fonctionnel sur troubles dégénératifs basiolombaires tant L5-S1 que notamment L4-L5. Présence également d'un canal lombaire étroit à ce dernier niveau, bilatéral, probablement à la base des radiculalgies partielles à prédominance droite.

Au vu de la longue histoire présente avec symptomatologie lombaire certainement en grande partie chronifiée, une intervention neurochirurgicale décompressive ne l'améliorerait probablement pas de façon significative et durable. Une telle opération deviendrait nécessaire en cas de péjoration objective neurologique et radicaire des membres inférieurs.

On peut certainement admettre par ailleurs chez la patiente une incapacité d'au moins 75 % dans l'état actuel des choses (tant sur le plan clinique que neuroradiologique), ceci bien sûr dans l'activité exercée. Un taux par ailleurs minimal de 50 % serait à mon avis justifié dans un emploi uniquement léger et tenant compte des mesures habituelles [d'] épargnes lombo vertébrales et d'hygiène posturale. Sur le plan thérapeutique, la poursuite de traitements médicamenteux antalgiques et relaxants est justifiée combinés si nécessaire à des mesures rééducationnelles douces physiothérapeutiques voire ostéopathiques; le port d'un lombostat

en coutille baleinée pourrait bien sûr également soulager en partie les lombalgies de la patiente. (...)"

Ce rapport a été soumis au SMR qui, dans un avis médical rendu le 22 août 2011 sous la plume du Dr X._____, a considéré que l'aggravation alléguée reposait sur les plaintes subjectives de l'assurée, et non pas sur un fait médical objectif, de sorte qu'il n'y avait pas à entrer en matière sur la nouvelle demande. En particulier, le Dr X._____ a estimé que le Dr I._____ n'avait pas fait état d'une péjoration par rapport aux examens antérieurs, respectivement que son appréciation de la capacité de travail résiduelle de l'assurée n'était pas corroborée par des éléments objectifs.

Par courrier adressé le 28 septembre 2011 à l'OAI, la Dresse T._____ a en substance confirmé la péjoration significative de l'état de santé de sa patiente et requis la réouverture de son dossier. Dans un avis du SMR du 5 octobre 2011, le Dr X._____ a également confirmé qu'il n'y avait pas lieu d'entrer en matière, faute d'évidence objective d'une péjoration de l'état de santé depuis le 8 septembre 2010.

F. Par décision rendue le 7 octobre 2011, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande du 28 juin 2011, estimant que l'assurée n'avait pas rendu plausible que sa situation sur le plan médical se soit péjorée postérieurement à la décision de refus de prestations rendue le 8 septembre 2010, les médecins ayant procédé depuis lors à une appréciation différente d'un même état de fait.

Par acte du 5 novembre 2011, U._____ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Concluant implicitement à ce que l'OAI entre en matière sur sa demande, elle fait valoir la péjoration de son état de santé telle que précédemment invoquée par la Dresse T._____, la Dresse Y._____ et le Dr I._____.

L'intimé a conclu au rejet du recours par réponse du 19 décembre 2011, se rapportant aux prises de position du SMR s'agissant

des pièces médicales produites par l'assurée. Par réplique du 26 janvier 2012, celle-ci a confirmé les termes de son recours, requérant par ailleurs la mise en œuvre d'une expertise. Par duplique produite le 6 février suivant, l'intimé a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. Déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]) et dans le respect des autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

2. Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201] dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011; dès le 1^{er} janvier 2012, cf. art. 87 al. 2 et 3 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b et les références).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en

principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 aRAI 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).

3. En l'espèce, il est établi qu'une première demande de prestations déposée en novembre 2005 a été rejetée par décision du 25 février 2009, contre laquelle l'assurée n'a pas recouru. Une seconde demande, formée le 12 mai 2009, a également été rejetée, au terme d'une instruction complète sur le plan médical, par décision du 8 septembre 2010, laquelle a été confirmée sur recours par arrêt de la cour de céans rendu le 22 juin 2011. Il n'est par ailleurs pas contesté que la décision sur opposition qui fait l'objet de la présente procédure constitue une non entrée en matière sur la troisième demande déposée le 28 juin 2011, soit pour ainsi dire à réception de l'arrêt précité. On conçoit dès lors que, conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus, l'administration se soit montrée d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assurée que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref.

Cela étant, l'office intimé fait en résumé valoir que les atteintes à la santé, telles qu'invoquées en l'occurrence sur le seul plan somatique, ainsi que les limitations fonctionnelles et la capacité résiduelle de travail en résultant, sont superposables à celles qui avaient présidé aux deux précédentes décisions de refus de prestations entrées en force. La question litigieuse est dès lors de savoir si la recourante rend vraisemblable, au moment du dépôt de sa troisième demande, que son état de santé s'est modifié de manière à influencer son invalidité. Le principe inquisitoire ne s'appliquant pas à ce stade de la procédure, le tribunal de céans doit se borner à examiner si les pièces déposées en procédure administrative à l'appui de cette nouvelle demande de prestations justifie ou non la reprise de l'instruction du dossier.

A cet égard, la problématique de l'aggravation de l'état de santé est circonscrite au plan somatique. La Dresse T._____ invoque, outre sa position privilégiée de médecin traitant quant à l'observation d'une telle péjoration, deux nouveaux rapports médicaux fondés sur des examens cliniques.

Le premier rapport, établi par la Dresse Y._____ sur la base d'une IRM, fait état d'une compression radiculaire pouvant expliquer les souffrances de la patiente, cela compte tenu d'un important rétrécissement du canal en L4-L5 et du trou de conjugaison gauche au même niveau. On observera ici que dans son rapport du 13 juillet 2009, également fondé sur une IRM, la Dresse A._____ n'avait rendu compte que d'un rétrécissement modéré du même canal.

Le second rapport a été produit le 29 juillet 2011 par le Dr I._____, spécialiste en neurochirurgie, après avoir reçu l'assurée à sa consultation. Ce spécialiste, qui s'était déjà prononcé sur le cas de la recourante en novembre 2004, en décembre 2006 puis en septembre 2009, cela de manière à conforter les deux décisions de refus de prestations qui ont été successivement rendues, apparaît ainsi comme un observateur privilégié. Or, on observe que ce médecin ne retenait, en novembre 2004, que des troubles dégénératifs partiels basi-lombaires ainsi qu'une sténose canalaire relative débutante sans signes objectifs radiculaires déficitaires, excluant un traitement chirurgical. En décembre 2006, le même médecin a qualifié l'état de stationnaire, précisant toutefois que l'activité habituelle était encore exigible, mais avec une baisse de rendement de 50 %. En septembre 2009, dans le cadre de l'instruction de la seconde demande, il a retenu la présence des mêmes troubles dégénératifs et statiques lombovertébraux, cette fois avec une symptomatologie en grande partie chronifiée et se réexacerbant par phases, sans que cela nécessite une intervention neurochirurgicale et privilégiant la poursuite des traitements conservateurs déjà suivis de longue date. Il s'est alors abstenu de se prononcer sur la capacité de travail résiduelle de l'intéressée. Enfin, en juillet 2011, soit après le dépôt

de la troisième demande, ce spécialiste retient les mêmes diagnostics et la même symptomatologie lombaire chronifiée. Par contre, il considère qu'un traitement chirurgical pourrait s'avérer nécessaire en cas de péjoration neurologique et radiculaire des membres inférieurs et il évalue cette fois clairement l'incapacité de travail à 75 % au moins dans l'activité habituelle et à 50 % au moins dans une activité légère réputée adaptée, taux qui traduit manifestement une péjoration de la capacité de travail résiduelle si l'on se rapporte à la pleine capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée retenue à l'appui de la précédente décision de refus de prestations du 8 septembre 2010.

Certes, dans le cadre de l'instruction des deux premières demandes, la problématique des douleurs lombaires a été convenablement investiguée, en particulier par la consultation de plusieurs spécialistes. Ceux-ci avaient toutefois conclu, non sans constater que les troubles étaient devenus chroniques, que l'état de santé ne justifiait qu'un traitement conservateur, sans qu'il faille retenir une incapacité de travail dans le cadre d'une activité réputée adaptée aux limitations fonctionnelles.

Dans ce contexte, sauf à postuler qu'une même pathologie ne puisse évoluer défavorablement, l'aggravation des troubles lombaires, respectivement la péjoration de l'état de santé physique et de la capacité de travail en résultant - non seulement attestées par le médecin traitant sur la base de ses propres examens cliniques mais corroborées par imagerie médicale puis par un spécialiste au long cours -, paraissent plausibles. Elles s'inscrivent dans la logique de l'anamnèse de la patiente comme dans le contexte d'affections dégénératives pouvant par définition s'aggraver. Le Dr I. _____ chiffre en outre clairement la capacité de travail résiduelle de l'assurée, renseignant ainsi sur la mesure propre à limiter la capacité de travail résiduelle et donc à accroître le degré d'invalidité. A cet égard, on ne saurait reprocher à ce spécialiste, sans l'avoir préalablement interpellé, de ne pas avoir précisé ses conclusions, ou même de s'être abstenu de renseigner sur le champ des activités qu'il estime encore envisageables, la demande de prestations tendant

précisément à déterminer les travaux que l'on peut encore raisonnablement exiger de l'assurée.

En définitive, au regard des nouvelles pièces médicales produites à l'appui de sa nouvelle demande, fut-elle la troisième, la recourante a rendu objectivement vraisemblable l'aggravation des lombalgies et de l'épuisement des ressources physiques qu'elle allègue, tout comme leur répercussion négative sur sa capacité de travail résiduelle. Il ne se justifiait donc pas, à ce stade de la procédure administrative, de renoncer à toute mesure d'investigation, mais bien d'entrer en matière et d'instruire plus avant sur le plan médical, respectivement sur la problématique des mesures d'ordre professionnel, comme le médecin traitant proposait de le faire par la mise en œuvre d'une expertise neutre.

4. Des considérants qui précèdent, il résulte que le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens qu'il est entré en matière sur la demande de prestations formée le 28 juin 2011.

Obtenant gain de cause, mais sans le concours d'un mandataire, la recourante ne peut prétendre à des dépens à la charge de l'intimé qui, débouté, supportera les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1bis LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 7 octobre 2011 est réformée en ce sens

qu'il est entré en matière sur la demande de prestations déposée le 28 juin 2011 par U._____.

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

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Mme U._____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :