

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 juillet 2015

Composition : Mme THALMANN, président
M. Neu et Mme Röthenbacher, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

G._____, à Ecublens, recourante, représentée par Me Jean-Marie Agier, avocat au Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne,

et

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

**Art. 49 al. 1 et 51 al. 1 LPGA ; 57a et 58 LAI ; 74ter et 87 al. 2 - 3
RAI**

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1975, a notamment travaillé en tant qu'assistante administrative à plein temps, dès le 1^{er} novembre 2007, pour la société W. _____ Sàrl à [...]. Le 14 décembre 2009, l'assureur perte de gain (B. _____ SA) de l'assurée a déposé une communication de détection précoce au sens de l'AI en raison d'une incapacité de travailler de celle-ci à 100 % depuis le 17 juin 2009.

Invitée par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'Office AI ou l'intimé), l'assurée a déposé le 2 mars 2010 une demande de prestations AI auprès de cet Office. Elle indiquait en particulier souffrir depuis février 2010 d'une récurrence de lombocruralgies gauches sur hernie discale L3/L4 gauche opérée en 1998 et dont il résultait une incapacité de travailler de 100 % dès le 6 juillet 2009.

Selon un rapport d'évaluation du 30 mars 2010 consécutif à un entretien du même jour avec l'assurée, cette dernière a mentionné une opération subie en date du 9 février 2010 sans qu'une reprise d'activité professionnelle ne soit de mise. Les limitations fonctionnelles de l'intéressée consistaient alors en une position assise limitée à trente minutes, pas de positions en porte-à-faux et port de charges limité à 5-6 kilos maximum.

Dans un rapport médical du 14 avril 2010 adressé à l'OAI, les Drs Z. _____, chef de clinique adjoint et F. _____, médecin-assistant, du département de neurochirurgie du CHUV ont posé le diagnostic invalidant de hernie discale foraminale L3/L4 gauche (selon IRM lombaire du 20 janvier 2010 des Drs M. _____, Professeur associé et T. _____, médecin-assistant du service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du CHUV). S'agissant de l'incapacité de travail médicalement attestée, les spécialistes du CHUV l'évaluaient à 100 % depuis le 8 février 2010 en relevant une reprise de l'activité professionnelle habituelle possible selon

l'évolution clinique après consultation du 29 mars 2010. Etait en particulier jointe en annexe, la pièce médicale suivante :

- un rapport du 17 février 2010 des médecins du service de neurologie du CHUV adressé au Dr J._____, spécialiste en radiologie, établi à la suite d'un séjour de l'assurée du 8 février 2010 au 13 février 2010 et dont il ressort notamment ce qui suit :

"DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Hernie discale foraminale L3-L4 gauche.

Diagnostic(s) secondaire(s) & comorbidité(s)

- Status post cure d'une hernie L3-L4 gauche par abord sus-isthmique L3-L4 le 13.02.1998.
- Status post 2 infiltrations articulaires postérieures L3-L4 gauche et périradiculaire L3 le 07.09.2009 et le 14.09.2009.
- Status post thrombose veineuse du membre inférieur gauche en octobre 2009 avec anticoagulation thérapeutique par Sintrom stoppé le 21.11.2009.
- Status post cure bilatérale de canal carpien.
- Tabagisme actif à 2/3 cigarettes par jour.
- Pas d'allergies connues.

[...]

Evolution

Les suites sont simples et afébriles dans un premier temps avec la disparition presque complète de la symptomatologie douloureuse. Le 12.02.2010, la patiente dit à la visite médicale du matin que les douleurs sont de moins en moins importantes. L'examen clinique ne met en évidence aucun déficit moteur mais avec une hypoesthésie L3 gauche déjà connue résiduelle. Lors de la visite de l'après-midi, la patiente se plaint d'une douleur cicatricielle importante et décrit également des fuites urinaires (à noter qu'elle a déjà eu un épisode avant son hospitalisation mais ne nous l'avait pas dit). A l'examen neurologique, on met en évidence une hypoesthésie en hémiselle à gauche avec un toucher rectal superposable, sans déficit moteur associé. Dans ce contexte, une IRM lombaire en urgence est demandée. L'IRM met en évidence le s/p cure de hernie discale L3-L4 foraminale gauche sans complication notable au niveau du site opératoire. La racine L3 gauche est complètement libre ainsi que les autres racines. Il n'y a pas d'hématome visualisé. Dans ce contexte, la patiente a pu regagner son domicile.

Status à la sortie

Pas de déficit moteur. Hypoesthésie sur la face antérolatérale de la cuisse gauche résiduelle. ROT rotulien à gauche hypovif. RCP en flexion des deux côtés. Marche sur les talons et sur les pointes des pieds sans particularité. Toucher rectal superposable.

Traitement à la sortie

Nexium 40m 1x/j.

Lyrica 100mg 2x/j.

Dafalgan 1g 4x/j.

Tramal 50mg 6x/j. en réserve
Dexaméthasone 3-3-3 le 13, 3-3-2 le 14, 3-2-2 le 15, 2-2-2 le 16, 2-2-1 le 17, 2-1-1 le 18, 1-1-1 le 19, 1-1-0 le 20, 1-0-0 le 21-22
Sirdalud 2mg 3x/j.

Incapacité de travail
100% jusqu'au prochain contrôle.

Prochain contrôle
Prochain rendez-vous pour le contrôle clinique à 6 semaines le 29 mars 2010 à la consultation du Dr Z. _____."

Le 15 avril 2010, B. _____ SA a transmis à l'Office AI copie de son dossier de l'assurée. Sur la base des certificats médicaux établis par le médecin traitant, le Dr L. _____, spécialiste en médecine interne à [...], l'assurée a bénéficié dès le 17 juin 2009 d'indemnités journalières (IJ) de la part de l'assureur perte de gain précité.

Dans un rapport du 23 avril 2010 adressé à l'OAI, le Dr L. _____ a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de lombocruralgies gauches persistantes après deux opérations (en 1998 et 2010) au niveau lombaire. A la suite de son dernier contrôle du 1^{er} mars 2010, le médecin traitant estimait que dans sa profession de secrétaire l'assurée se trouvait en incapacité de travailler à 100 % depuis le 6 juillet 2009. Le Dr L. _____ notait cependant qu'à la suite de la seconde intervention, une reprise de l'activité professionnelle restait probable sous réserve de l'évolution de l'état de santé de sa patiente.

Par courrier du 10 juin 2010, l'employeur W. _____ Sàrl a résilié le contrat de travail de l'assurée avec effet au 31 août 2010.

Dans un rapport médical du 20 août 2010 établi à l'intention du Dr Z. _____, les Drs N. _____, chef de clinique et K. _____, médecin associé, du service d'anesthésiologie du CHUV se sont exprimés comme il suit sur les diverses interventions pratiquées durant le suivi de l'assurée en consultation ambulatoire d'antalgie du 3 mai 2010 au 18 août 2010 :

"Diagnostic retenu

- Lombocruralgies L3 G après cure de hernie discale L3-L4 à deux reprises, en 1998 et 2010 (failed back surgery syndrome).

Comorbidités

- Status post TVP du MIG, suivi d'une anticoagulation durant 3 mois, actuellement arrêtée.

Traitement effectué et évolution

Dans ce contexte, on pose dans un premier temps l'indication à effectuer une infiltration péri-durale qui a lieu le 21.05.2010 sans amener aucun bénéfice. Suivent 3 séances de blocs facettaires, le 17.06, le 02.08 et le 18.08, tous négatifs.

Dans ce contexte, on discute du cas de Mme G. _____ avec le Dr X. _____, spécialiste en antalgie de l'Hôpital de [...], qui pose l'indication à un essai de neurostimulation médullaire. Le principe de la technique ainsi que ses avantages potentiels et inconvénients ont été illustrés dans les grandes lignes et Mme G. _____ est d'accord avec cette démarche, raison pour laquelle elle sera convoquée prochainement auprès de l'Hôpital de [...] pour des explications plus approfondies et pour procéder à cette prise en charge.

Du point de vue pharmacologique, on propose à Mme G. _____ d'augmenter ultérieurement la dose de Prégabaline jusqu'au maximum de 600 mg/jour.

La suite de la prise en charge sera assurée par le centre d'antalgie de [...]. Nous ne prévoyons pas d'office de revoir Mme G. _____ à notre consultation."

Le 15 septembre 2010, le Dr L. _____ a répondu comme il suit aux questions de l'OAI en lien avec l'évolution de l'état de santé et la capacité de travail de l'assurée :

"[1. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre rapport du mois d'avril 2010 ?]

1/ Evolution : persistance de douleurs de type lombocruralgies gauches consécutive à deux interventions sur le rachis.

[2. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle d'assistante administrative ?]

2/ Capacité de travail dans l'activité habituelle d'assistante administrative : actuellement est totalement incapable de travailler.

[3. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ?]

3/ Capacité de travail dans [une] activité adaptée : également nulle, la patiente devant changer souvent de position et restant très handicapée par une douleur persistante non améliorée par divers traitements.

[4. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?]

4/ Limitations fonctionnelles : cf. 3."

En annexe à son rapport, le médecin traitant joignait copie d'un courrier médical du 19 août 2010 du Dr X._____, médecin associé du service d'anesthésiologie du CHUV adressé au médecin-conseil de l'assureur-maladie (H._____) de l'assurée, à la teneur suivante :

“Monsieur et cher Confrère,

Quelques mots pour vous signaler que nous avons proposé à Mme G._____ un test de neuromodulation par insertion d'une électrode octopolaire lombodorsale. Ce traitement a pour but de tenter de contrôler de violentes lombocruralgies G évoluant dans le cadre d'un failed back surgery syndrome (FBSS) consécutif à deux interventions sur le rachis.

Conformément aux recommandations en vigueur, je vous demande l'autorisation de pratiquer ce test de trois semaines et, s'il a un bon effet sur les douleurs, d'implanter le matériel définitif soit un stimulateur, rechargeable ou non, relié à l'électrode octopolaire déjà en place.

Vous remerciant d'emblée de votre réponse favorable, je vous serai reconnaissant d'en adresser aussi une copie à la patiente elle-même.

En restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, je vous adresse, Monsieur et cher Confrère, mes salutations très cordiales.”

Selon un avis médical du 24 septembre 2010, les Drs Q._____ et C._____ du Service Médical Régional (SMR) de l'AI ont estimé qu'en vue de préciser les limitations fonctionnelles ainsi que l'exigibilité, la mise en œuvre d'un examen clinique rhumatologique de l'assurée au SMR s'avérait nécessaire.

Dans un rapport d'examen clinique rhumatologique SMR du 11 novembre 2010 établi à la suite d'un examen de l'assurée pratiqué le 6 octobre 2010, le Dr S._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie également expert médical SIM, s'est exprimé comme il suit sur le cas de l'assurée :

“DIAGNOSTICS

- avec répercussion durable sur la capacité de travail

- Lombocruralgies gauches dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis et d'un status après 2 cures de hernie discale L3-L4 gauche en 1998 et février 2010. M 54.4.

- sans répercussion sur la capacité de travail

- Status après thrombose veineuse profonde du membre inférieur gauche.
- Status après cure du tunnel carpien ddc [des deux côtés].
- Kyste ovarien gauche anamnestique.
- Antécédents d'éthylisme avec récurrence récente d'alcoolisations importantes le week-end.

APPRÉCIATION DU CAS

En 1998, l'assurée a développé des lombocruralgies gauches irradiant à la face antéro-externe de la cuisse gauche jusqu'au genou. Suite à un traitement chez un chiropraticien, elle a développé une perte de sensibilité de la face antéro-externe de la cuisse gauche. Elle a ainsi bénéficié, en 1998, d'une cure de hernie discale L3-L4. Suite à cette opération, les douleurs de la cuisse gauche ont disparu et les douleurs lombaires et de la fesse gauche se sont améliorées. L'assurée a aussi récupéré la sensibilité de la cuisse gauche. Cependant, suite à cette opération, l'assurée a continué à présenter 4 à 5 blocages lombaires par année, durant 1 à 2 semaines et nécessitant des arrêts de travail. Depuis 2006 à 2007, les douleurs se sont aggravées et les blocages sont devenus plus fréquents. Par la suite, les douleurs de la cuisse gauche sont réapparues. Malgré un traitement physiothérapeutique à sec et en piscine, l'assurée a présenté plusieurs blocages lombaires au début 2009 et un plus important en juillet 2009 qui a nécessité la mise à l'arrêt de travail complet. L'assurée a alors bénéficié de 2 infiltrations rachidiennes en septembre 2009. Suite à la 2^{ème} infiltration, elle a redéveloppé une perte de sensibilité de la face antéro-externe de la cuisse gauche. En octobre 2009, elle a présenté une thrombose veineuse profonde de la jambe gauche, qui a nécessité un traitement par Sintrom pendant 3 mois. Le 9.02.2010, elle a bénéficié d'une cure de hernie discale L3-L4 gauche. Suite à cette opération, les douleurs ne se sont pas améliorées. Actuellement, l'assurée a toujours des lombalgies et des douleurs de la face antéro-externe de la cuisse gauche. Elle présente, par ailleurs, une pointe douloureuse dans la région de la crête iliaque et de la fesse gauches sous forme de brûlures. Elle présente également une perte de sensibilité de la cuisse gauche dans sa région antéro-externe, survenant surtout en position assise. Les douleurs ont un caractère essentiellement mécanique. Elles s'accompagnent cependant de plusieurs réveils nocturnes posturo-dépendants et le dérouillage matinal est d'un quart d'heure. L'assurée peut présenter, par ailleurs, des lâchages du genou gauche à la marche, qui ne se sont cependant jamais compliqués de chute. En postopératoire, l'assurée n'a pas eu de physiothérapie. Elle a eu de nombreuses infiltrations rachidiennes, sans effet. Le 8.10.2010, elle bénéficiera d'un test de neuromodulation par insertion d'une électrode octopolaire lombodorsale, afin de tenter de contrôler les

douleurs lombocurales gauches. Si ce test s'avère positif, le Dr X. _____ plantera le matériel définitif, soit un stimulateur relié à l'électrode octopolaire déjà en place. L'assurée signale, par ailleurs, à l'anamnèse systématique, des douleurs diffuses du membre supérieur gauche à sa face externe, s'accompagnant de sensation de perte de sensibilité et de blocages des doigts lorsqu'elle coud. Il faut encore relever que l'assurée a fait une cure de désintoxication à l'alcool en 2004. Depuis 1 mois, elle fait à nouveau des excès de consommation éthylique pendant le week-end.

Au status actuel, on note de discrets troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire est satisfaisante, mise à part la flexion lombaire. On note cependant la présence de 2 signes de non organicité selon Waddel sous forme d'une importante discordance entre la distance doigts-sol et doigts-orteils sur le lit d'examen et de lombalgies à la rotation du tronc les ceintures bloquées. La mobilité cervicale est satisfaisante. La mobilité des articulations périphériques est normale. Il n'y a pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique. Les épreuves de périarthrite scapulo-humérale et d'épitrôchléite sont négatives. L'assurée présente des douleurs à la palpation de 5 points typiques de la fibromyalgie sur 18, ce nombre étant bien insuffisant pour poser ce diagnostic. Le status neurologique est sp, mise à part une aréflexie rotulienne gauche et une hypoesthésie de la face antéro-externe de la cuisse gauche.

Une IRM lombaire du 12.02.10 aurait mis en évidence un status post opératoire normal après héli-laminectomie gauche et foraminotomie L3-L4, sans processus expansif ou récurrence herniaire visible au niveau du site post opératoire.

Dans ce contexte, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui semblent, pour la plupart, respectées dans l'activité habituelle d'assistante administrative. Ainsi, dans cette activité, la capacité de travail est de 70%, l'assurée ayant de temps en temps à lever des charges de 10 kg. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est complète. Effectivement, il n'y a aucune raison biomécanique à attester une incapacité de travail dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire contrairement à l'évaluation faite par le Dr L. _____, qui retient une incapacité de travail complète dans toute activité professionnelle.

Limitations fonctionnelles

Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2 fois par heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 10 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Depuis le 6.07.09.

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

Il y a une incapacité de travail complète dans l'activité d'assistante administrative depuis le 6.07.09. Depuis le 9.08.2010, soit 6 mois après l'intervention chirurgicale, il y a une capacité de travail de 70% dans l'activité habituelle d'assistante administrative. Par ailleurs, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est complète depuis le 9.08.2010. Effectivement, l'assurée a une bonne mobilité lombaire et il n'y a aucune raison biomécanique à attester une incapacité de travail dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire. Par ailleurs, il faut remarquer que l'activité habituelle d'assistante administrative est en grande partie adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire et que la capacité de travail n'est donc réduite que de 30 % dans cette activité.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

Dans l'activité habituelle : 70 % comme assistante administrative chez W. _____

Dans une activité adaptée : 100%. Depuis le : 9.08.2010.

A traduire en termes de métiers par un spécialiste en réadaptation"

Dans un rapport SMR du 17 novembre 2010, le Dr Q. _____ a partagé les constatations et conclusions du Dr S. _____.

Le 29 mars 2011, l'OAI a d'une part communiqué à l'assurée l'octroi de mesures professionnelles sous la forme de la prise en charge des coûts d'un réentraînement au travail avec acquisition de compétences auprès de [...] SA à [...], du 5 avril 2011 au 8 juillet 2011 et d'autre part, la prise en charge des coûts d'un cours d'anglais avec examen CAE auprès de l' [...] à [...], du 6 avril 2011 au 15 juin 2011.

Par communication du 5 avril 2011, l'Office AI a encore informé l'assurée de la prise en charge des frais pour des cours d'anglais intensifs du 2 février 2011 au 30 mars 2011, ceci à titre de mesures d'intervention précoce.

A teneur d'un rapport final du 14 juillet 2011 de la Division réadaptation de l'Office AI, l'assurée avait rencontré des difficultés à suivre à 100 % les mesures de réentraînement auprès de [...] SA. Elle avait

bénéficié en ce sens d'un certificat médical établi par son médecin traitant qui attestait une incapacité de travail à 50 % dès le 28 mai 2011. Toutefois de l'avis des médecins du SMR, il n'y avait aucun motif justifiant de s'écarter des constatations et conclusions en lien avec l'appréciation de l'exigibilité telle que ressortant du rapport SMR établi le 17 novembre 2010.

Le 18 juillet 2011, l'OAI a adressé à l'assurée la communication suivante :

"Communication

Réussite des mesures professionnelles

Madame, Monsieur,
Nous nous référons aux mesures professionnelles précédemment octroyées par décision du 29 mars 2011.

Vous êtes arrivée au terme de la mesure de réentraînement au travail auprès de [...].

A l'issue de cette formation, il est raisonnablement exigible de vous que vous repreniez votre activité d'employée de commerce. Dans votre ancienne activité d'administrative support, vous réaliseriez un revenu de CHF 62'542.20.

Suite à la mesure de réadaptation et aux cours d'anglais que nous avons pris en charge, vous pouvez escompter réaliser un revenu de CHF 65'070.- (selon les recommandations salariales 2011 de la SEC, employée de commerce, niveau B, âge 35 ans).

Votre réadaptation professionnelle est donc achevée, puisque vous avez recouvré votre capacité de gain antérieure.

Votre perte économique étant nulle, le droit à la rente n'est pas ouvert.

Remarques importantes

Communication

Si vous n'êtes pas d'accord avec la présente, il vous est possible de demander par écrit une décision sujette à recours, dans un délai de 30 jours. Vous devrez motiver brièvement votre demande et l'envoyer signée à :

Office AI Vaud
Av. Général-Guisan 8
1800 Vevey"

Par une autre communication du même jour, l'OAI a informé l'assurée que les conditions d'une aide au placement étaient remplies et le 3 août 2011, l'assurée a signé un formulaire selon lequel elle a sollicité l'aide au placement et donc un rendez-vous avec un coordinateur emploi.

Selon une note du 13 octobre 2011 d'entretien de placement entre l'assurée et l'OAI, l'assurée venait de réussir un CFC d'employée de commerce et recevait des indemnités de chômage. Il résultait en outre de cette note que l'assurée avait une possibilité de retrouver son ancien emploi chez W. _____ à [...]. Il y était également mentionné ce qui suit :

“L'assurée se présente avec tous les documents et me présente son CFC d'employée de commerce de base qu'elle vient de réussir. Spontanément me parle de l'ORP de [...], d' [...] avec un RDV, des démarches et de la possibilité de réintégrer un poste chez son ancien employeur. Personne très motivée et plein d'énergie. J'explique à l'assurée le soutien que l'on peut lui apporter sur le terrain, accompagnement au RDV, coaching, appui et la possibilité de mettre un stage en place et des AIT si engagement avec un contrat. Actuellement l'assurée va aller chez [...] envoyée par l'ORP pour un 1^{er} entretien et définir la suite. Je vais me joindre à la discussion tripartite du 2 novembre 2011 à l'ORP de [...]. En termes de RE l'assurée en a déjà effectué de nombreuses. La piste la plus sûr est chez son ancien employeur. A suivre. Convenons que l'assurée va me faire un feed-back des résultats des échéances et de sa postulation chez W. _____. L'assurée a bien compris et est satisfaite du nombreux soutien dont elle bénéficie.”

B. Le 26 mars 2013, l'assurée a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI en évoquant une péjoration de son état de santé et expliquant avoir été pour la deuxième fois licenciée suite à des absences pour maladie. Elle a produit en annexe un certificat médical établi le 20 février 2013 par le Dr L. _____ et dont la teneur est la suivante :

“CERTIFICAT MEDICAL

Mme G. _____ a présenté un lumbago aigu en juillet 2012 avec douleur de sciatgie probablement L5-S1 gauche qui a nécessité un arrêt de travail du 17.07.2012 au 05.08.2012 inclus.

Le 14 janvier 2013, un nouveau blocage aigu lombaire s'est produit avec douleur et persistance de contractures musculaires

importantes jusqu'à maintenant. L'irradiation douloureuse de sciatalgie gauche a également récidivé. Divers traitements médicamenteux et de physiothérapie ne l'ont pas améliorée.

Un arrêt de travail a dû être établi du 14 janvier 2013 jusqu'à actuellement.

Des radiographies fonctionnelles de la colonne seront faites et probablement un CT-SCAN du rachis aussi, pour déterminer l'origine de cette péjoration des douleurs et de la sciatalgie gauche qui sont des éléments nouveaux dans son histoire médicale."

Dans un avis médical SMR du 26 juillet 2013, le Dr V. _____ s'est prononcé comme il suit sur le certificat médical précité attestant une péjoration de la santé de l'assurée :

"Assurée célibataire de 39 ans pour laquelle le SMR reconnaît des limitations fonctionnelles secondaires à des lombalgies traitées chirurgicalement en 1998 et 2010. Les limitations fonctionnelles sont celles d'usage en cas de lombalgies et la charge est limitée à 5 kg. Le problème d'alcool est primaire.

Le Dr L. _____ dans un certificat du 20 février 2013 décrit un lumbago aigu en juillet 2012 et un blocage aigu lombaire le 14 janvier 2013 ayant entraîné une incapacité de travail du 14 janvier 2013 au 20 février 2013.

Ce problème est celui identifié par le SMR comme influençant la capacité de travail de l'assurée depuis 2009. Il n'y a donc ni aggravation durable, ni fait nouveau."

Par projet de décision du 2 décembre 2013, adressé le 10 décembre 2013 suivant à l'assurée, l'Office AI a fait part de son intention de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 26 mars 2013. L'OAI retenait qu'avec sa nouvelle demande, l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. De l'avis du SMR, le rapport médical du Dr L. _____ constituait uniquement en une appréciation différente d'un même état de fait sans aggravation ni fait nouveau.

A l'appui de ses observations du 13 janvier 2014 sur le projet de décision précité, l'assurée a produit une liasse de pièces et documents médicaux, à savoir :

- un CT colonne lombaire (face, profil et profil en flexion et extension forcées) du 25 février 2013 du Dr R. _____ du service de radiologie de l'Hôpital de [...] dont il résulte notamment que sur les clichés fonctionnels en flexion et extension, il n'y a pas de signe d'instabilité, le Dr R. _____ indiquant être toutefois surpris par la faible mobilité au niveau du bloc lombaire bas en particulier en flexion. Il n'a en outre pas constaté de signe de lyse isthmique ou de spondylolisthésis ;

- un CT lombaire du 2 avril 2013 du Dr???. _____ du service de radiologie de l'Hôpital de [...], dont les conclusions étaient les suivantes :

"Conclusion :

Discopathies étagées. Hernie discale latérale et foraminale L3-L4 gauche pouvant entraîner un conflit radiculaire L3 et éventuellement L4 gauche." ;

- un rapport médical du 2 juillet 2013 des Drs P. _____, chef de clinique et B.B _____, médecin assistant, du service de neurochirurgie du CHUV. A la suite d'une consultation ambulatoire de l'assurée du 27 mai 2013, ces médecins se sont prononcés comme il suit sur l'état de santé de celle-ci :

"Problèmes et attitude

La patiente présente des douleurs chroniques lombaires irradiant dans le trajet L3 gauche. Nous notons au statut une hypoesthésie sur le territoire L3 à gauche sinon le reste de l'examen neurologique est sans particularité.

On note par ailleurs des signes de douleurs au niveau trochanter à gauche. Le CT demandé par son médecin traitant a suspecté une suspicion d'hernie discale L3-L4, cependant l'imagerie n'est pas bien appréciable.

Etant donné que la patiente présente des signes de douleurs au niveau du trochanter, nous avons sollicité une consultation orthopédique afin d'exclure une trochanterite gauche. Par ailleurs, pour exclure des signes de dénervation de la racine à gauche, nous avons sollicité auprès de nos confrères de la neurologie, une ENMG.

Par rapport à ces deux examens, la patiente sera convoquée ultérieurement. Après quoi elle sera revue à la consultation du Docteur P. _____, le 22.07.2013 à 14h00." ;

- un rapport médical du 6 août 2013 des Drs Z.Z._____, médecin chef et F.F._____, médecin assistant, du service de rhumatologie du CHUV qui ont posé le diagnostic de lombo-cruralgie L3-L4 déficitaire et ont conclu sur la base d'un examen clinique et d'un bilan radiologique que les douleurs affectant l'assurée paraissent essentiellement d'origine lombaire ;

- un rapport de myélo-scanner lombaire du 21 août 2013 du Dr M.M._____, médecin adjoint au service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du CHUV, dont les conclusions étaient les suivantes :

“Conclusions

Pas d'explication myélo-scanographique pour les lombocruralgies L3-L4 gauches décrites par la patiente. Status après double hémicectomie L3-L4 et laminectomie L3 gauche. Stimulateur médullaire.” ;

- un rapport médical du 14 octobre 2013 des Drs P._____ et T.T._____, médecin assistant, consécutif à une consultation ambulatoire de l'assurée du 2 septembre 2013 et dont il ressort en particulier les constatations et conclusions suivantes :

“Anamnèse

Il s'agit d'une patiente de 37 ans, vue en consultation en raison d'une lombocruralgie L4 gauche, résistante au traitement conservateur. La patiente a bénéficié de deux interventions d'hémicectomie L3-L4 gauche en 1998 et 2010. Devant la persistance des douleurs, la mise en place d'un stimulateur médullaire a été effectuée en 2010, avec une amélioration partielle des symptômes qui persistent.

Une consultation en orthopédie de fin juillet 2013 a exclu une problématique concernant l'articulation coxo-fémorale.

La patiente se plaint de douleurs mécaniques dans le dos, irradiées dans la face antérieure de la jambe gauche.

Nous revoyons la patiente avec des radiographies fonctionnelles, ne mettant pas en évidence d'instabilité. Le myélo-CT-scanner n'est pas très conclusif, mais ne démontre pas de lésion importante au niveau de foramen L3 gauche. Enfin, un ENMG réalisé reste négatif pour des signes de dénervation.

[...]

Status

Marche possiblement antalgique. Force musculaire préservée dans les membres inférieurs. Sensibilité aux membres inférieurs présente. Lasègue positif à gauche à 50°. Contre-Lasègue positif. Réflexes cutanés plantaires indifférents.

Examens complémentaires

Radiographies fonctionnelles : pas de signes d'instabilité.

ENMG : pas de signe de dénervation.

Problèmes et attitude

Après concertation avec le Dr P._____, une intervention chirurgicale n'est pas indiquée au vu de la clinique et des examens réalisés. Dans ce contexte, nous prions le Dr H.H._____ de convoquer la patiente pour une prise en charge conservatrice."

- un nouveau rapport médical du 19 décembre 2013 établi par le Dr L._____ à la demande de sa patiente, dont la teneur est la suivante :

"Mme G._____ a bénéficié de deux interventions d'herniectomie L3-L4 gauche en 1998 et 2010 avec une persistance des douleurs de type cruralgie gauche qui a nécessité la mise en place d'un stimulateur médullaire en 2010 avec une amélioration partielle des symptômes.

En juillet 2012 elle présente un lumbago aigu avec une augmentation de la douleur irradiant dans le membre inférieur qui s'améliore par la suite mais qui récidive en janvier 2013 sous forme de lumbago aigu violent et intensification de cruralgie gauche l'obligeant à cesser totalement son travail dès le 14 janvier 2013.

Un CT lombaire du 2.04 laisse suspecter une hernie latérale et foraminale L3-L4 gauche avec possible conflit radiculaire L3-L4 gauche.

Un myélo-scanner lombaire n'est pas très conclusif et l'ENMG reste négatif pour des signes de dénervation.

Les radiographies fonctionnelles ne mettent pas en évidence d'instabilité.

Une intervention chirurgicale dans ce contexte n'est pas retenue et la patiente est adressée à la consultation multidisciplinaire de la douleur pour prise en charge, rendez-vous prévu pour le 3 février 2014.

La patiente n'a pas été capable de reprendre son travail depuis le nouvel arrêt à 100 % du 14 janvier 2013.

La cause de l'intensification des douleurs à la fois lombaire et de cruralgie gauche reste dans ce cas complexe peu claire malgré tout."

Dans un avis médical du 23 janvier 2014, les Drs V._____ et Q.Q._____ du SMR ont pris position comme il suit sur les nouveaux éléments médicaux figurant au dossier de l'assurée :

“Le rapport du Dr L._____, daté du 19 décembre 2013, reprend l’historique des problèmes ostéoarticulaires de l’assuré[e] et des traitements mis en place depuis 1998.

Le scanner du 2 avril 2013 nous confirme l’existence de troubles dégénératifs rachidiens au niveau lombaire.

Le myélo-scanner ne montre d’image de compression nerveuse et l’électroneuromyographie est négative pour un trouble de la conduction nerveuse.

Nous sommes donc en présence de lombalgies chroniques non déficitaires, problème pris en compte de longue date par le SMR.

Les LF [limitations fonctionnelles] retenues depuis août 2010 sont un port de charges limité à 5 kg dans une activité sans position en porte-à-faux et permettant l’alternance des positions.

Nous maintenons donc notre position.”

Par décision du 29 janvier 2014, l’OAI a refusé d’entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 26 mars 2013 de l’assurée, confirmant intégralement la teneur de son projet de décision du 2 décembre 2013.

C. Par acte du 25 février 2014, G._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de non-entrée en matière précitée. Concluant implicitement à l’annulation de la décision attaquée, la recourante expose en substance ne pas être apte à travailler compte tenu de la persistance de douleurs permanentes au dos et à la jambe gauche malgré les divers traitements médicaux suivis jusqu’alors. Elle a produit en annexe, les pièces et documents suivants :

- un rapport médical du 3 février 2014 du Dr D._____, chef de clinique adjoint au service de rhumatologie du CHUV, adressé au Dr L._____, établi à la suite d’un examen clinique de l’assurée datant du même jour ;

- une « confirmation Rendez-vous » en consultation de rhumatologie auprès du Dr D._____ de la recourante pour la date du 28 avril 2014 à 15h.30.

Dans sa réponse du 12 mai 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse. Il répète que sur la base de deux avis médicaux de son SMR datés des 26 juillet 2013 et 23 janvier 2014, il ressort que les documents médicaux produits devant l'administration par la recourante n'attestent pas une plausible évolution significative de l'état de santé de celle-ci depuis sa précédente demande ayant abouti à la décision dite de réussite des mesures professionnelles rendue le 18 juillet 2011 et au terme de laquelle, une pleine capacité de gain avait été retrouvée par le biais de la mise en œuvre de ces dernières mesures. Quant au rapport médical du Dr D. _____ du 3 février 2014, établi postérieurement à la décision querellée, il n'est d'aucun secours à la recourante dans le cadre de l'examen du bien-fondé d'un refus d'entrée en matière.

Par réplique du 30 juin 2014, la recourante a implicitement maintenu les conclusions de son acte de recours du 25 février 2014. Elle a encore produit en cause un rapport médical du 26 juin 2014 des Drs D. _____ et N.N. _____, médecin-assistante, consécutif à un séjour de l'intéressée en unité de réhabilitation du 12 mai 2014 au 30 mai 2014.

Au terme de sa duplique du 24 juillet 2014, l'OAI a maintenu les conclusions de sa réponse du 12 mai 2014.

Le 4 septembre 2014, la recourante fait savoir à la Cour de céans que son état de santé ne s'améliore pas et que la quantité de médicaments pris a pour incidence de l'endormir ce qui rend tout travail impossible de sa part. Ses douleurs cumulées à un manque de concentration causé par les médicaments seraient à l'origine de son second licenciement de la société W. _____ Sàrl. Elle explique également que si une légère amélioration de son état de santé s'est produite en mai 2014 durant son séjour hospitalier en unité de réhabilitation au CHUV, ses douleurs ont ensuite réapparu dès lors qu'il s'est agi pour elle d'effectuer les actes de la vie quotidienne. Elle a encore produit diverses pièces dont en particulier un rapport intermédiaire détaillé du 25 juillet 2014 des Drs D. _____ et N.N. _____ adressé au médecin-conseil de son nouvel

assureur maladie (P.P. _____ Assurances SA). Posant des diagnostics similaires à ceux précédemment retenus dans leur rapport du 26 juin 2014, les médecins du CHUV ont notamment mentionné un pronostic « favorable mais très dépendant de l'évolution psychique » de leur patiente.

Dans ses déterminations du 13 octobre 2014 auxquelles était joint un avis médical SMR du 6 octobre 2014 des Drs V. _____ et S.S: _____, l'intimé indique que les rapports des 26 juin et 25 juillet 2014 du Dr D. _____ produits ne sont pas de nature à modifier sa position dans le contexte de la décision de refus d'entrée en matière querellée. Il maintient ses précédentes conclusions mais précise toutefois qu'il considère la production des rapports en question en tant que nouvelle demande de la recourante qu'il conviendra d'instruire sur le fond. De l'avis des médecins du SMR, la présence d'un trouble anxiodépressif pour lequel la recourante reçoit un traitement de duloxétine constitue en effet un fait nouveau de sorte que les rapports du Dr D. _____ rendent ainsi plausible une modification de l'état de santé à partir d'une date qu'il est cependant impossible de préciser en l'état.

Le 5 novembre 2014, la recourante a déclaré notamment prendre note que l'OAI considère la production des rapports des 26 juin et 25 juillet 2014 du Dr D. _____ en tant que nouvelle demande.

Dans son écriture du 11 mars 2015, la recourante, assistée de Me Agier, avocat au Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, a conclu à l'annulation de la décision de refus d'entrée en matière et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction sur le plan médical puis nouvelle décision. Elle soutient en substance que l'OAI ne pouvait refuser d'entrer en matière dès lors qu'il n'a jamais rendu de décision d'octroi ou de refus de rente, mais seulement le 18 juillet 2011 une communication et non une décision matérielle de refus de rente, laquelle devait être précédée d'un projet de décision qui n'a jamais été rendu.

L'OAI a maintenu ses conclusions dans son écriture du 16 avril 2015.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 let. a LPA-VD). L'art. 69 al. 1 let. a LAI prévoit qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

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

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

3. Il y a tout d'abord lieu d'examiner si le refus de rente faisant notamment l'objet de la communication du 18 juillet 2011 est entré en force.

L'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (art. 49 al. 1 LPGA). L'art. 51 LPGA prévoit la procédure simplifiée pour les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées par cette disposition.

En matière d'assurance-invalidité, l'art. 57a LAI prévoit qu'au moyen d'un préavis, l'office AI communique à l'assuré toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée, l'assuré ayant le droit d'être entendu, conformément à l'art. 42 LPGA.

L'art. 58 LAI prévoit en outre que le Conseil fédéral peut prescrire, en dérogation à l'art. 49 al. 1 LPGA que la procédure simplifiée prévue à l'art. 51 LPGA s'applique aussi à certaines prestations importantes. L'art. 74ter RAI (règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201) prévoit dès lors que si les conditions permettant l'octroi d'une prestation sont manifestement remplies et qu'elles correspondent à la demande de l'assuré, les prestations suivantes peuvent être accordées ou prolongées sans notification d'un préavis ou d'une décision :

- a. les mesures médicales;
- abis. les mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle;
- b. les mesures d'ordre professionnel;
- c. ...
- d. les moyens auxiliaires;
- e. le remboursement de frais de voyage;

- f. les rentes et les allocations pour impotent à la suite d'une révision effectuée d'office, pour autant qu'aucune modification de la situation propre à influencer le droit aux prestations n'ait été constatée;
- g. la prestation transitoire.

L'OAI devait dès lors rendre un projet de décision puis une décision rejetant la demande de rente.

Toutefois, dans l'arrêt ATF 134 V 145 consid. 5.3.2, rendu en matière d'assurance-accidents, le Tribunal fédéral a considéré que celui qui entend contester le refus (total ou partiel) de prestations communiqué à tort par un assureur selon une procédure simplifiée, sans décision formelle, doit en principe le déclarer dans un délai d'une année. L'assureur doit alors rendre une décision formelle, contre laquelle la procédure d'opposition est ouverte. A défaut de réaction dans le délai utile, le refus entre en force comme si la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 al. 1 LPGA avait été appliquée à juste titre (consid. 5) (cf. également TF 8C_397/2014 du 27 avril 2015, consid. 1 et 8C_627/2009 du 8 juin 2010, consid. 3.1).

Dans le cas présent, la communication a été rendue le 18 juillet 2011. L'attention de la recourante était expressément attirée sur son droit de demander une décision dans le délai de 30 jours. La recourante n'a pas demandé de décision formelle ni contesté le refus de rente dans le délai d'une année. On doit donc considérer que la procédure a été respectée. La communication rendue le 18 juillet 2011 est ainsi entrée en force.

C'est en conséquence à juste titre que l'OAI a considéré la lettre du 26 mars 2013 de la recourante comme une deuxième demande et examiné s'il y avait lieu d'entrer ou non en matière sur celle-ci.

4. Il convient dès lors d'examiner si le refus d'entrer en matière de l'OAI est fondé.

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA in fine). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

b) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201]; ATF 109 V 262 consid. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3, 125 V 410 consid. 2b et 117 V 198 consid. 4b et les références citées).

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. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b; TF 9C_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2). 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 et 9C_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2).

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 en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003), ne s'applique pas à la procédure de l'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 (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{er} 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. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale 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. Enfin, cela

présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008, consid. 2.3 ; TFA I 52/2003 du 16 janvier 2004, consid. 2.2). Il s'ensuit que dans un litige de ce genre, l'examen du juge des assurances est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (TF I 597/2005 du 8 janvier 2007, consid. 4.1 et les références citées).

5. a) En l'espèce, à la suite du premier projet de décision, la recourante a présenté ses objections et produit divers rapports médicaux et l'OAI a ensuite rendu un deuxième projet de décision permettant ainsi à la recourante de faire part de nouvelles objections et de produire de nouveaux rapports médicaux. Il y a lieu dès lors de considérer que la procédure a été respectée.

En conséquence, les rapports médicaux produits par la recourante au cours de la présente procédure seulement ne peuvent être pris en compte.

b) Lors de la première demande, le Dr S. _____ avait posé, le 11 novembre 2010, les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de lombocruralgies gauches dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis et de status après deux cures de hernie discale L3-L4 gauche en 1998 et février 2010. Il avait retenu comme limitations fonctionnelles la nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout et qu'il fallait éviter le soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, le port régulier de charges d'un poids excédant 10 kg, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc ainsi que l'exposition à des vibrations. Depuis le 9 août 2010, soit six mois après l'intervention chirurgicale, il a retenu une capacité de travail de 70% dans l'activité habituelle d'assistante

administrative et entière dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire.

Lors de la deuxième demande, le Dr L._____ a indiqué le 20 février 2013 que la recourante avait présenté un lumbago aigu en juillet 2012 avec une sciatalgie probablement L5-S1 gauche qui avaient nécessité un arrêt de travail du 17 juillet au 5 août 2012 et que le 14 janvier 2013, un nouveau blocage aigu lombaire s'était produit avec des douleurs et la persistance de contractures musculaires importantes jusqu'à la date de son rapport, l'irradiation douloureuse de sciatalgie gauche ayant également récidivé et divers traitements médicamenteux et de physiothérapie n'ayant pas amélioré la situation. Le 6 août 2013, les Drs Z.Z._____ et F.F._____ ont posé le diagnostic de lombocruralgie L3-L4 déficitaire. Le 14 octobre 2013, les Drs P._____ et T.T._____ ont constaté que les radiographies fonctionnelles, ne mettaient pas en évidence d'instabilité, que le myélo-CT-scanner n'était pas très conclusif, mais ne démontrait pas de lésion importante au niveau du foramen L3 gauche et qu'un ENMG réalisé restait négatif pour des signes de dénervation. Ils en concluent qu'une intervention chirurgicale n'est pas indiquée au vu de la clinique et des examens réalisés. Enfin, dans son rapport du 19 décembre 2013, le Dr L._____ résume les problèmes ostéoarticulaires de la recourante et les traitements mis en place. Comme le relèvent les Drs V._____ et Q.Q._____, le scanner du 2 avril 2013 confirme uniquement l'existence de troubles dégénératifs rachidiens au niveau lombaire déjà connus, les lombalgies chroniques non déficitaires ayant été prises en compte de longue date et les limitations fonctionnelles étant identiques à celles décrites lors de la première demande.

Une aggravation de l'état de santé postérieure à la première décision de refus de prestations du 18 juillet 2011 n'apparaît ainsi pas plausible.

c) En ce qui concerne les rapports médicaux produits en cours de procédure, il appartiendra le cas échéant à la recourante de déposer une nouvelle demande auprès de l'OAI.

6. a) En définitive mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI); le montant des frais est fixé en fonction de l'importance et de la difficulté de l'affaire et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 4 al. 2 TFJAD [Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015, RSV 173.36.5.1], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur et de la complexité de la cause, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD), sans qu'il se justifie d'allouer des dépens dès lors que l'intéressée n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

I. Le recours déposé le 25 février 2014 par G._____ est rejeté.

- II. La décision rendue le 29 janvier 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de G._____.
- 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 :

- Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés (pour G. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :