

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 novembre 2022

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mme Röthenbacher, juge, et Mme Silva, assesseure  
Greffière : Mme Toth

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

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

**E n f a i t :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], vendeuse sans formation, a déposé le 16 août 2010 une première demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en invoquant souffrir d'une hernie discale et de lombalgies chroniques depuis environ quinze ans et présenter une incapacité de travail de 40 % depuis le 4 novembre 2009.

Elle a été examinée par le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin au sein du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) le 12 avril 2011. Dans un rapport du 31 mai suivant, le médecin précité a posé le diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail de lombalgies avec sciatalgies chroniques (troubles dégénératifs étagés avec canal lombaire rétréci et hernie discale L5-S1, partiellement calcifiée, de localisation médiane au contact des racines S1) et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de rachialgies diffuses dans un contexte d'hémisyndrome douloureux avec présence de signes de non organicité selon Smythe, Waddell et Kummel, de déconditionnement musculaire global et focal avec dysbalance et de surcharge pondérale modérée avec préobésité. Il a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de façon répétitive supérieures à cinq kilos et de manière occasionnelle au-delà de dix kilos, pas de position statique assise prolongée au-delà de trente minutes sans possibilité de varier les positions au minimum deux fois par heure, pas de position statique debout immobile prolongée de type piétinement, éviter les positions en porte-à-faux, en antéflexion du rachis contre résistance, en genuflexion ou accroupie à répétition, diminution du périmètre de marche à environ trente à quarante-cinq minutes, pas de montée ou descente d'escaliers à répétition, éviter les activités en hauteur ou sur un terrain instable. D'après le Dr X.\_\_\_\_\_, l'assurée pouvait exercer toute forme d'activité à caractère semi-sédentaire, à charge physique légère à moyenne, et ce à un taux de 100 %, sans diminution de rendement. S'agissant de l'activité

habituelle de vendeuse, la capacité de travail était de 50 % depuis le mois de novembre 2009.

La demande de prestations a été rejetée par décision du 30 août 2011, confirmant un projet de décision du 18 juillet précédent, compte tenu d'un degré d'invalidité de 5,66 %. L'OAI a en effet considéré que l'assurée était certes en incapacité de travail de 50 % dans son activité habituelle, mais qu'elle était capable d'exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations, soit une activité qui n'exigeait pas de port de charges de plus de cinq kilos ni de positions en porte-à-faux et qui permettait l'alternance des positions assise et debout.

**B.** Le 4 février 2014, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a adressé à l'OAI un rapport, dans lequel il a fait état d'une péjoration brusque des troubles de l'assurée en avril 2012 avec l'apparition d'une volumineuse hernie discale en L4/5 nécessitant une intervention en juin 2012. Malgré cette opération, la situation sur le plan des douleurs lombaires était demeurée précaire et avait nécessité la poursuite du traitement médicamenteux. En septembre 2013 étaient apparues une exacerbation des lombalgies basses de caractère mécanique et des irradiations douloureuses pseudoradiculaires dans la fesse et la cuisse droites, puis à caractère radiculaire de type S1 jusque dans le mollet droit, accompagnées de paresthésie dans ce même dermatome. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) avait mis en évidence des discopathies pluri-étagées, une petite hernie discale en position latérale droite luxée en direction caudale et une hernie discale médiane-paramédiane bilatérale beaucoup plus importante au niveau L5/S1. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a relevé qu'actuellement, la patiente souffrait de lombalgies et de radiculalgies de type S1 droites avec des crampes dans le mollet droit ainsi que des épisodes de blocage lombaire à raison de deux à trois fois par semaine ; celle-ci signalait également des troubles du contrôle de la miction. Selon lui, l'intéressée devait éviter tout port de charge supérieure à cinq kilos, les mouvements fréquemment répétés qui impliquaient une antéflexion ou une rotation du tronc au-delà de 30 degrés, ainsi que la position debout ou assise prolongée. Il a attesté une

incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle et exposé qu'il était peu probable que l'assurée puisse à nouveau travailler à plus de 30 à 40 % dans une activité adaptée.

Le 12 février 2014, l'OAI a signifié au Dr P.\_\_\_\_\_ qu'il reprendrait contact avec l'assurée et lui-même dès que possible, si le dépôt d'une nouvelle demande de prestations AI s'avérait nécessaire.

Par courrier du 12 novembre 2014, l'assurée a informé l'OAI qu'elle percevait des indemnités de chômage depuis le 1<sup>er</sup> juin 2013 et que son droit auprès de cette assurance se terminerait à la fin du mois de janvier 2015. Elle a expliqué être en arrêt maladie depuis le 4 février 2014, son incapacité de travail risquant d'être prolongée étant donné que le Dr P.\_\_\_\_\_ l'avait opérée récemment. Elle a ainsi requis de l'OAI qu'il veuille bien considérer son cas.

Le 5 décembre 2014, l'OAI a signifié à l'assurée qu'il considérait le courrier susmentionné comme une nouvelle demande de prestations. Il l'a ainsi invitée à rendre plausible une modification de son état de santé.

Aux termes d'un rapport du 15 janvier 2015 à l'OAI, le Dr P.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants :

« Lomboradiculalgies chroniques sur hernie discale et adhérences cicatricielles L5/S1, dans le cadre d'insuffisances segmentaires invalidantes avec instabilités L4/5 et L5/S1 ainsi que hypermobilité du segment L3/4.

Status après discectomie et adhésiolyse L5/S1 bilatérale, après décompressions pluriétagées et après stabilisation dynamiques en L3/4 et L4/5 ainsi que rigide en L5/S1 (intervention effectuée le 29.09.2014).

Status après reprise, le 03.11.2014, pour raccourcissement de la barre transverse S1 à gauche en raison d'une irritation de l'articulation sacro-iliaque gauche.

Syndrome lombovertébral et lomboradiculaire irritatif ainsi que déficitaire sensitivo-moteur S1 droit résiduel. »

Il a également indiqué que l'état de santé de sa patiente s'était progressivement péjoré avec l'apparition d'épisodes de lombalgies de plus en plus fréquents et gênants à partir du début du mois d'août 2013, puis de radiculalgies de type S1 à partir de la fin du mois d'août 2013. Ces troubles étaient devenus invalidants malgré un traitement conservateur bien suivi, de sorte que l'intéressée avait été mise en arrêt de travail à partir de février 2014. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail de 100 % depuis le 14 février 2014 et relevé qu'il était difficile de se prononcer en l'état sur le pronostic.

Par avis SMR du 27 avril 2015, le Dr K.\_\_\_\_\_ a noté que, compte tenu du rapport du 15 janvier 2015 du Dr P.\_\_\_\_\_, il estimait que l'exigibilité, même dans une activité adaptée, n'était que de 40 % dès décembre 2012. Il a donc préconisé d'interroger le médecin précité pour connaître l'évolution de la capacité de travail et la faisabilité des mesures de réinsertion.

Procédant à l'instruction de la demande, l'OAI a requis un rapport de la Dre F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Celle-ci lui a adressé un rapport le 18 mai 2015, dans lequel elle a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen (F32.1), de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) et de conflit de couple (Z63.0) existants depuis 2011 à 2014. Elle a indiqué soigner sa patiente depuis le 20 janvier 2015 à l'aide d'un traitement psychopharmacologique (Cymbalta 60mg par jour, Lexotanil 1,5mg par jour en réserve, Stilnox 12,5mg retard 1 capsule chaque soir) et psychothérapeutique (une séance par semaine par une psychologue, sur délégation). L'assurée souffrait de tristesse permanente, de colère et d'irritabilité, de fatigue, d'une estime de soi effondrée, de problèmes de sommeil, d'un manque d'énergie et de plaisir, de difficultés de concentration, de ruminations, d'une grande préoccupation par rapport à son futur, de douleurs chroniques lombaires et de sciatalgies. La psychiatre traitante a fait état d'un pronostic incertain et d'une incapacité de travail dans la profession de vendeuse de 100 % depuis septembre

2014. D'après elle, on ne pouvait s'attendre à une amélioration de la capacité de travail de l'intéressée.

Aux termes d'un rapport du 12 juin 2015 à l'OAI, le Dr P.\_\_\_\_\_ a observé que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était favorable, celle-ci pouvant reprendre une activité professionnelle dans un travail adapté à 50 % dès ce jour. Il a fait état des limitations fonctionnelles suivantes : « la patiente devrait changer fréquemment de position, éviter les positions répétées ou prolongées avec antéflexion du tronc, éviter les ports de charges supérieures à 10 kg. Ces charges devraient être soulevées proche du corps. Pas de mouvement de flexion/rotation du tronc lors du soulèvement des poids. Eviter les positions accroupies et les hyperextensions de la colonne lombaire. »

Par rapport du 29 juillet 2015 faisant suite à une interrogation du SMR, la Dre F.\_\_\_\_\_ a expliqué qu'elle n'avait pas été informée des constatations du Dr P.\_\_\_\_\_, selon lesquelles l'atteinte somatique expliquait à elle seule la symptomatologie douloureuse et les répercussions sur la capacité de travail ; à la lumière de ce renseignement, elle a ainsi estimé que le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant n'était plus pertinent étant donné qu'un réquisit pour ce diagnostic était que le trouble ne puisse être attribuable complètement à un processus physiologique ou un trouble physique.

Dans un rapport du 9 octobre 2015, la Dre F.\_\_\_\_\_ a fait état d'une péjoration de l'état de santé de l'assurée. Elle a ajouté que cette dernière montrait une tristesse prononcée, une anhédonie, une irritabilité et une sensibilité accrues entraînant des difficultés relationnelles, des difficultés d'attention et de concentration, des douleurs persistantes, des pensées pessimistes et des pensées noires. Elle a attesté une incapacité de travail totale, que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée, et ce depuis le mois de septembre 2014.

Par avis SMR du 2 novembre 2015, le Dr K.\_\_\_\_\_ a estimé qu'il y avait lieu de mettre en œuvre une expertise psychiatrique.

Dans un rapport du 27 janvier 2016 à l'OAI, la Dre F.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen à sévère (F32.1/2) et de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4), faisant état d'une évolution défavorable de l'état de santé de sa patiente depuis son dernier rapport. Elle a relevé que celle-ci souffrait de tristesse permanente, d'irritabilité, de fatigabilité, d'un manque d'intérêt et de plaisir, d'idées négatives et d'aboulie. Elle a à nouveau fait état d'une incapacité de travail totale, quelle que soit l'activité, et a relevé que le traitement médicamenteux n'avait pas changé et que les séances de psychothérapie avaient désormais lieu tous les quinze jours.

Par avis SMR du 10 mars 2016, le Dr K.\_\_\_\_\_ a préconisé de réaliser un examen bi-disciplinaire, à savoir un examen psychiatrique et rhumatologique.

Aux termes d'un rapport reçu par l'OAI le 16 juin 2016, le Dr P.\_\_\_\_\_ a indiqué que sa patiente avait souffert d'un neurinome de l'acoustique droit et qu'elle présentait une surdité totale mais que la parésie faciale postopératoire avait complètement régressé. Celle-ci présentait encore des troubles de l'équilibre qui auraient entraîné des chutes récentes. Le médecin précité a ajouté que la situation restait inchangée en ce qui concernait les problèmes lombaires et son évaluation du cas, tout en relevant que le problème de surdité à droite pouvait s'avérer être un élément supplémentaire exerçant une influence négative sur la capacité de travail. Pour lui, la capacité de travail était de 50 % du point de vue neurochirurgical.

Le 29 septembre 2016, l'OAI a signifié à l'assurée qu'il avait confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et d'une expertise rhumatologique au Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie.

Le 8 décembre 2016, le médecin traitant de l'assurée, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a notamment transmis à l'OAI les documents suivants, lesquels ont ensuite été remis aux experts susmentionnés :

- un rapport du 7 juin 2012 du Dr P.\_\_\_\_\_, dans lequel il relevait que l'assurée avait séjourné à la Clinique [...] du 4 au 8 juin 2012 en raison d'une hernie discale L4/5 droite et protrusion discale L5/S1. Celle-ci avait subi une discectomie L4/5 droite le 4 juin 2012 et l'évolution post-opératoire immédiate était satisfaisante. Des lombalgies persistaient, en relation avec le traumatisme opératoire, mais l'examen neurologique postopératoire ne mettait pas en évidence de déficit sensitivomoteur au niveau des membres inférieurs, ni de signe d'atteintes des nerfs sacrés ; le transit et la fonction urinaire avaient repris ;

- un rapport du 15 juillet 2015, par lequel le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a indiqué qu'une IRM avait été réalisée le 3 juin 2015 en raison d'un trouble sensitif de la main droite et que celle-ci avait mis en évidence un neurinome de douze millimètres dans le conduit auditif interne, à droite. Subjectivement, il s'agissait d'une sensation vertigineuse, non rotatoire, intermittente, d'un manque d'équilibre et également de paresthésies dans le pouce et l'index droits, sans composante douloureuse. Il a préconisé un traitement par radiochirurgie ;

- une lettre de sortie datée du 11 mars 2016, par laquelle les médecins du Service de neurochirurgie des Hôpitaux H.\_\_\_\_ (ci-après : les H.\_\_\_\_), à savoir les Drs S.\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_, tous deux spécialistes en neurologie, ainsi que le Dr G.\_\_\_\_, médecin interne, ont indiqué que l'assurée avait séjourné dans leur service du 28 février au 7 mars 2016. La patiente avait subi, le 29 février 2016, une intervention chirurgicale sous la forme d'une résection macroscopiquement complète d'un probable schwannome vestibulaire Koos II, par craniectomie retromastroïdienne sous neuromonitoring et stimulation directe. Les médecins ont observé à la sortie une discrète parésie faciale droite et une

perte de l'audition à droite. Ils ont également noté que la patiente se plaignait de lombosciatalgies droites intéressant la région paralombaire droite et irradiant sur la face postérieure de la cuisse, sans dépasser le genou, avec une sensation de force diminuée dans le membre droit ; une IRM lombaire avait été réalisée le 7 mars 2016 mais n'avait pas pu expliquer de manière claire les symptômes rapportés ;

- un rapport établi le 11 mai 2016 par les Drs S.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_, médecin interne, dont il ressortait que la parésie faciale s'améliorait et qu'il persistait encore une cophose droite et une atteinte vestibulaire avec une chute la semaine précédente, sans répercussion. Les médecins ont relevé une absence de déficit sensitif ou moteur aux quatre membres.

Par rapport d'expertise du 9 janvier 2017, le Dr D.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'épisode dépressif léger avec syndrome somatique (F32.01) réactionnel à la douleur et n'étant pas handicapant chez l'assurée, de personnalité dépendante (F60.7) et de difficultés liées à l'environnement social (Z60). Il a retenu que ces atteintes n'étaient pas incapacitantes et que l'assurée avait toujours été capable de travailler à 100 % dans l'activité exercée jusqu'ici.

Aux termes d'un rapport d'expertise du 20 janvier 2017, le Dr M.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome lombovertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire sans signe de discopathie. Il a en outre posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique (diminution du seuil de tolérance à la douleur), de cervico-brachialgies chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire sans signe de discopathie, de diminution partielle de l'audition de l'oreille droite, d'hypertension artérielle stable sous traitement, de status post arthroscopie du genou droit et méniscectomie en 2005, de surcharge pondérale et de status post amygdalectomie durant l'enfance. Il a estimé, après discussion avec le Dr D.\_\_\_\_\_, que la capacité de travail dans l'activité antérieure s'élevait à

70 %, étant donné que le métier de vendeuse permettait difficilement d'alterner les positions, avec une perte de rendement de 10 % au vu de la longue inactivité professionnelle. D'après lui, la diminution de la capacité de travail existait depuis 2012 ; une année après l'opération du neurinome, il persistait une hypoacousie partielle avec anamnesticquement des vertiges et des acouphènes n'ayant pas de caractère incapacitant. Il était ainsi d'avis qu'en août 2016, soit six mois après dite opération, une reprise d'une activité professionnelle aurait raisonnablement pu être exigée. En ce qui concernait l'exigibilité dans une activité adaptée, le Dr M. \_\_\_\_\_ a retenu, en accord avec l'expert psychiatre, que l'assurée pouvait exercer une activité avec diminution des mouvements en porte-à-faux et du port de charges de plus de cinq à dix kilos à un taux de 90 %.

Sur demande du SMR, le Dr M. \_\_\_\_\_ a, par complément du 17 mars 2017, noté que la capacité de travail retenue dans l'activité habituelle devait être estimée à 60 %, avec diminution de rendement de 10 %, et que l'exigibilité était de 100 % dans une activité adaptée. D'après lui, il était en effet justifié de s'aligner sur l'évaluation du 31 mai 2011 du Dr X. \_\_\_\_\_, « vu qu'il n'y avait pas d'amélioration par rapport à l'appréciation de ce dernier ».

Aux termes d'un rapport SMR du 1<sup>er</sup> mai 2017, le Dr N. \_\_\_\_\_ a retenu à titre d'atteinte principale à la santé des lombalgies chroniques persistantes, status après spondylodèse L4/L5 en 2012, status après discectomie, adhésiolyse et stabilisation L3/L4, L4/L5, L5/S1 en 2014, status après reprise pour raccourcissement du matériel d'ostéosynthèse en 2014. Il a en outre fait état, à titre de facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI, d'une fibromyalgie, de cervico-brachialgies chroniques, d'hypoacousie droite (status après exérèse d'un schwannome vestibulaire droit le 29 février 2016), d'un épisode dépressif léger avec syndrome somatique, d'une personnalité dépendante et de difficultés liées à l'environnement social. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : soulèvement et port régulier de charges limitées à cinq à dix kilos, pas de travail en porte-à-faux prolongé du tronc, alternance régulière des positions assis/debout. Se fondant sur les rapports du Dr

P.\_\_\_\_\_, le médecin du SMR a estimé qu'une incapacité de travail totale existait dès avril 2012, puis que l'assurée avait recouvré une capacité de travail de 40 % dans une activité adaptée dès décembre 2012 et qu'une nouvelle incapacité de travail totale était survenue dès février 2014 ; des mesures professionnelles semblaient possible dès juin 2015, sur le plan somatique.

Dans un projet de décision du 20 juillet 2017, l'OAI a indiqué qu'il entendait octroyer à l'assurée une rente entière d'invalidité limitée dans le temps. Il a retenu que celle-ci avait présenté des incapacités de travail variant de 40 % à 100 % entre le 1<sup>er</sup> février 2012 et le 31 mai 2015, entraînant un degré d'invalidité moyen de 80 % à l'échéance du délai de carence, le 31 janvier 2013. Le droit potentiel à une rente d'invalidité avait pris naissance en octobre 2014, soit six mois après le dépôt de la demande, mais l'intéressée était apte à exercer une activité adaptée du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2014 et depuis le 1<sup>er</sup> juin 2015. De la comparaison du revenu sans invalidité de 51'915 fr. 48 avec le revenu avec invalidité fondé sur l'ESS (Enquête suisse sur la structure des salaires) pour une femme exerçant dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services, de 48'607 fr. 35, il résultait un degré d'invalidité s'élevant à 6.37 % pour les périodes susmentionnées, ce degré d'invalidité, inférieur à 40 %, n'ouvrant pas le droit à une rente. Par conséquent, le droit à une rente entière était en définitive ouvert dès janvier 2015 et jusqu'au 31 août 2015, soit au terme du délai de trois mois suivant le retour à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée le 31 mai 2015.

Par courrier du 18 août 2017, complété le 26 septembre 2017, l'assurée a contesté le projet de décision susmentionné. Elle a demandé que la rente entière d'invalidité lui soit octroyée sans limitation de temps à compter de son attribution, faisant en particulier valoir que la complexité de sa situation n'avait pas pu être prise en compte par l'expert psychiatre, au vu du peu de temps qu'il lui avait consacré, et que les séquelles dues à la tumeur vestibulaire (surdité à droite et vertiges), tout comme ses hernies discales, n'avaient selon elle pas du tout été prises en

considération dans l'évaluation de l'OAI. Elle a joint à son envoi les rapports des 11 mars et 11 mai 2016 du Service de neurochirurgie des H.\_\_\_\_\_.

Dans un courrier du 5 octobre 2017, faisant partie intégrante de la décision à intervenir, l'OAI a signifié à l'assurée que les éléments médicaux qu'elle avait avancés dans sa contestation ainsi que les documents joints à celle-ci avaient été soumis au SMR pour analyse et avis. Celui-ci en avait conclu que les reproches quant à une évaluation incomplète et incorrecte de sa pathologie rachidienne et de ses retombées fonctionnelles n'étaient pas corroborés par la réalité clinique dûment attestée. L'OAI a retenu que l'instruction du dossier avait été diligente et complète et que les arguments avancés relatifs à une analyse partielle et partielle des atteintes à la santé, notamment aux plans rachidien et neurochirurgical, n'étaient pas fondés.

Le 26 octobre 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'à réception du rapport du 4 février 2014 du Dr P.\_\_\_\_\_, reçu le 10 février 2014, démontrant clairement l'aggravation de son état de santé, il aurait dû l'inviter à déposer une nouvelle demande, afin de sauvegarder ses droits. L'office a ainsi considéré que l'intéressée n'avait pas à souffrir de cet oubli et que la date de son courrier du 12 février 2014 devait être retenue comme celle du dépôt de la nouvelle demande.

Par décision du 12 janvier 2018, l'OAI a fixé le montant mensuel de la rente entière d'invalidité, assortie d'une rente pour enfant, à 2'817 fr. pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 août 2015, en reprenant la motivation développée dans son projet de décision. Cette décision n'a pas été contestée.

**C.** Le 20 novembre 2019, la Dre F.\_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI un rapport, dans lequel elle a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), de trouble mixte de la personnalité (histrionique et borderline ; F61), de trouble somatoforme douloureux persistant probable (F45.4) et d'angoisse

généralisée (F41.1). Elle a fait état d'une dépression stationnaire et relevé que les idées noires s'étaient amendées au cours de l'année 2018. Le traitement actuel consistait en une psychothérapie déléguée bimensuelle et un traitement psychopharmacologique (Cymbalta 80mg par jour, Olanzapine 2,5mg par jour, Lexotanil 1,5mg trois capsules par jour et Dalmadorm 15mg par soir). La psychiatre a exposé que les limitations fonctionnelles de l'assurée consistaient en un ralentissement psychique et moteur, une irritabilité et une sensibilité accrue sur le plan relationnel, une fatigabilité, un manque d'élan vital et des difficultés cognitives. S'agissant de la capacité de travail, elle a estimé qu'elle était nulle dans l'activité habituelle de vendeuse, mais qu'elle s'élevait à 50 % dans une activité adaptée « comme celle qu'elle accompli[ssai]t dans le cadre des tâches ménagères ». Elle doutait néanmoins que la patiente soit susceptible d'effectuer un travail rémunéré dans le circuit économique normal.

Par courrier du 22 novembre 2019, l'OAI a invité l'assurée à déposer une demande de prestations au moyen du formulaire idoine, en précisant qu'il lui incombait de rendre plausible une modification de son degré d'invalidité, puisqu'une décision avait déjà été rendue par le passé.

L'assurée a complété le formulaire de demande de prestations le 25 novembre 2019 et l'a envoyé à l'OAI sous pli recommandé le 5 décembre suivant, en indiquant, quant au genre de l'atteinte, une dépression, une perte de l'équilibre et des vertiges provoqués par un neurinome de l'acoustique, une surdité de l'oreille droite et des acouphènes ensuite de l'opération du neurinome, ainsi qu'une hernie discale sur les disques intervertébraux L4-L5/L5/S1. Elle a joint à sa demande des certificats médicaux provenant de ses médecins et de sa psychiatre traitants attestant des incapacités de travail suivantes :

- 50 % du 14 juillet au 15 septembre 2015 ;
- 100 % du 16 septembre au 9 octobre 2015 ;
- 50 % du 10 octobre au 11 novembre 2015 ;
- 100 % du 12 novembre 2015 au 26 août 2019 ;
- 70 % du 27 août au 1<sup>er</sup> octobre 2019 ;

- 50 % du 2 octobre 2019 au 25 novembre 2019.

Aux termes d'un compte rendu de la permanence SMR du 19 décembre 2019, le Dr W. \_\_\_\_\_ a retenu que les nouvelles pièces médicales le renseignaient sur des affections et limitations déjà connues et analysées par le SMR lors de sa dernière prise de position ; le rapport de la psychiatre traitante décrivait les mêmes diagnostics et mentionnait que l'état de santé était stationnaire. Dans ces conditions, il a estimé qu'il n'existait pas d'élément susceptible de justifier une éventuelle modification de l'état de santé depuis la dernière prise de position.

Par projet de décision du 19 décembre 2019, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande, dès lors qu'il n'avait pas pu constater de modification notable de sa situation professionnelle ou médicale.

Par décision du 14 février 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision.

**D.** Par acte du 13 mars 2020, B. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à ce que l'intimé entre en matière sur sa nouvelle demande. En substance, elle fait valoir que son formulaire de demande de prestations AI décrit bien des éléments nouveaux, tant sur le plan professionnel que médical. Elle précise que, depuis août 2015, un neurinome de l'acoustique lui a été diagnostiqué, pour lequel elle a subi une délicate intervention chirurgicale le 29 février 2016 ayant provoqué une surdité totale et définitive de l'oreille droite ; elle souffre également depuis d'acouphènes et de troubles de l'équilibre. La recourante se plaint que ces atteintes n'aient pas été prises en compte par l'intimé et qu'elle n'ait pas bénéficié d'une expertise concernant cette pathologie et les conséquences de son opération. Elle invoque en outre que son état psychologique a changé au long des années, avec une évolution positive en 2019 ; toutefois, d'après elle, le rapport de la Dre F. \_\_\_\_\_ n'avait pas été pris en compte dans l'analyse de l'intimé. Enfin, elle expose, en lien

avec ses hernies discales, avoir subi une dernière chirurgie en 2019 en raison de douleurs au dos et à la jambe la limitant dans ses tâches quotidiennes. La recourante explique en outre que le Dr P.\_\_\_\_\_ produira prochainement un nouveau rapport.

Le Dr P.\_\_\_\_\_ a adressé à la Cour de céans un rapport établi le 23 juin 2020. Aux termes de ce rapport, le médecin précité a déploré la décision prise par l'intimé le 12 janvier 2018, relevant que la situation de sa patiente s'était à nouveau péjorée dès le mois de septembre 2018 du point de vue de ses problèmes lombaires, à tel point qu'une intervention chirurgicale avait été réalisée le 12 février 2019. D'après lui, la capacité de travail dans une activité adaptée était nulle dès cette date, puis s'élevait à 50 % à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2019 ; il était peu probable qu'elle puisse augmenter compte tenu des autres troubles de la santé associés.

Par réponse du 6 août 2020, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée, renvoyant à l'avis SMR du 19 décembre 2019. Il a également fait valoir qu'il n'y avait pas lieu d'examiner d'éventuelles nouvelles pièces produites durant la procédure de recours, l'examen du juge des assurances étant d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier.

Le 16 novembre 2020, le Dr P.\_\_\_\_\_ a adressé à la Cour de céans un autre rapport, dans lequel il a exposé l'anamnèse de sa patiente depuis 2008 et déploré le manque de mesures de réadaptation fournies par l'intimé et le fait que ce dernier ait sous-estimé l'importance des douleurs lombaires, ce dès sa première décision rendue le 30 août 2011. Il a ainsi demandé que le droit aux prestations de la recourante soit réévalué.

Par déterminations du 7 décembre 2020, l'intimé a confirmé ses conclusions.

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

**1.**           **a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.**           Est litigieuse la question de savoir si l'autorité intimée était fondée à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 5 décembre 2019.

**3.**           Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 14 février 2020 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**4. a)** Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 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 la personne assurée se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3).

**b)** Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPG), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de la personne assurée sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autre investigation par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de la personne assurée que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

**c)** Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge des assurances sociales 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. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

**5. a)** En l'espèce, la recourante a déposé une précédente demande de prestations auprès de l'OAI en février 2014. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office a en premier lieu recueilli plusieurs rapports des médecins consultés par cette dernière.

Il ressort en particulier des rapports du Dr P.\_\_\_\_\_ qu'en avril 2012, l'assurée avait souffert d'une volumineuse hernie discale en L4/5 ayant nécessité une discectomie le 4 juin 2012 et que l'évolution post-opératoire était satisfaisante, l'examen neurologique ne mettant pas en évidence de déficit sensitivomoteur au niveau des membres inférieurs, ni de signe d'atteintes des nerfs sacrés. Aux alentours du mois de septembre 2013, étaient apparues des discopathies pluri-étagées, une petite hernie discale en position latérale droite luxée en direction caudale et une hernie discale médiane-paramédiane bilatérale au niveau L5/S1 ; en février 2014, la recourante souffrait de lombalgies et de radiculalgies de type S1 droites avec des crampes dans le mollet droit ainsi que des épisodes de blocage lombaire à raison de deux à trois fois par semaine. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a fait état d'une incapacité de travail totale dès février 2014 et d'une capacité de travail de 50 % dès juin 2015 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (changer fréquemment de position, éviter les positions répétées ou prolongées avec antéflexion du tronc, éviter les ports de charges supérieures à dix kilos, pas de mouvement flexion/rotation du tronc lors du soulèvement des poids et éviter les positions accroupies et les hyperextension de la colonne lombaire ; cf. rapport du 12 juin 2015 à l'OAI).

La Dre F.\_\_\_\_\_ a, dans un rapport du 18 mai 2015, posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen (F32.1), de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) et de conflit de couple (Z63.9) existants depuis 2011 à 2014, avant de rectifier sa position le 29 juillet 2015 en ce sens que le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant n'était pas pertinent. Elle a ensuite fait état d'une péjoration de l'état de santé de la recourante, retenant, le 27 janvier 2016, les diagnostics d'épisode dépressif moyen à sévère

(F32.1/2) et de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4). Elle a relevé que sa patiente souffrait de tristesse permanente, d'irritabilité, de fatigabilité, de problèmes de sommeil, de difficultés de concentration, d'un manque d'intérêt et de plaisir, d'idées négatives et d'aboulie. Elle a fait état d'une incapacité de travail totale, quelle que soit l'activité, depuis septembre 2014 (cf. rapports des 18 mai 2015, 9 octobre 2015 et 27 janvier 2016).

Enfin, les pièces recueillies par l'OAI font encore état de la découverte en juillet 2015 d'un neurinome de douze millimètres situé dans le conduit auditif interne droit, ayant nécessité une intervention chirurgicale le 29 février 2016, sous la forme d'une résection macroscopiquement complète d'un probable schwannome vestibulaire Koos II, par craniectomie retromastroïdienne sous neuromonitoring et stimulation directe. Les médecins des H.\_\_\_\_\_ ont observé ensuite de cette opération une discrète parésie faciale droite et une perte de l'audition à droite, ainsi qu'une atteinte vestibulaire avec chutes, sans répercussion (cf. rapports des 11 mars et 11 mai 2016 des médecins du Service de neurochirurgie des H.\_\_\_\_\_). Le Dr P.\_\_\_\_\_ a relevé, le 16 juin 2016, que la parésie faciale postopératoire avait complètement régressé.

Face à ces éléments, l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique auprès du Dr D.\_\_\_\_\_ et une expertise rhumatologique auprès du Dr M.\_\_\_\_\_. Après avoir examiné la requérante, l'expert psychiatre a posé les diagnostics d'épisode dépressif léger avec syndrome somatique (F32.01) réactionnel à la douleur et n'étant pas handicapant, de personnalité dépendante (F60.7) et de difficultés liées à l'environnement social (Z60). Il a estimé que ces atteintes n'étaient pas incapacitantes et que l'intéressée avait toujours été capable de travailler à 100 % dans son activité habituelle (cf. rapport d'expertise du 9 janvier 2017). Quant au Dr M.\_\_\_\_\_, il a, dans son rapport du 20 janvier 2017, posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de syndrome lombovertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire sans signe de discopathie et les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de

syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique (diminution du seuil de tolérance à la douleur), de cervico-brachialgies chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire sans signe de discopathie, de diminution partielle de l'audition de l'oreille droite, d'hypertension artérielle stable sous traitement, de status post arthroscopie du genou droit et méniscectomie en 2005, de surcharge pondérale et de status post amygdalectomie durant l'enfance. D'après l'expert rhumatologue, la diminution de la capacité de travail existait depuis 2012 mais la reprise d'une activité professionnelle adaptée, à savoir une activité avec diminution des mouvements en porte-à-faux et du port de charges de plus de cinq à dix kilos, aurait pu être exigée six mois après l'opération du neurinome, étant précisé que l'hypoacousie partielle, accompagnée anamnestiquement de vertiges et d'acouphènes, n'avait pas de caractère invalidant. A son sens, l'incapacité de travail dans l'activité habituelle s'élevait à 60 %, avec diminution de rendement de 10 %, et l'exigibilité dans une activité adaptée était de 100 % (cf. courrier du 17 mars 2017 à l'OAI).

Par rapport SMR du 1<sup>er</sup> mai 2017, le Dr N.\_\_\_\_\_ a émis une synthèse du dossier, retenant uniquement à titre d'atteinte à la santé du ressort de l'AI des lombalgies chroniques persistantes, les atteintes psychiatriques et celles liées au neurinome découvert en 2015 n'étant pas incapacitantes selon les experts. Il a noté, à titre de limitations fonctionnelles, le soulèvement et le port régulier de charges limitées à cinq à dix kilos, pas de travail en porte-à-faux prolongé du tronc et l'alternance régulière des positions assis/debout. Il a ajouté qu'une incapacité de travail totale avait été attestée par le Dr P.\_\_\_\_\_ dès avril 2012, puis que l'assurée avait recouvré une capacité de travail de 40 % dans une activité adaptée dès décembre 2012 et qu'une nouvelle incapacité de travail totale était survenue dès février 2014, précisant que des mesures professionnelles semblaient possible dès juin 2015, sur le plan somatique, au vu des rapports du médecin précité.

C'est sur la base des constatations médicales des deux expertises et de l'avis SMR précités que, par décision du 12 janvier 2018,

l'intimé a accordé à la recourante une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 août 2015, estimant que, dès le 31 mai 2015, l'intéressée avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**b)** Dans sa nouvelle demande de prestations, déposée le 5 décembre 2019, la recourante a fait état à titre d'atteintes à la santé d'une dépression, d'une perte de l'équilibre et de vertiges provoqués par un neurinome de l'acoustique, d'une surdité de l'oreille droite et d'acouphènes survenus ensuite de l'opération du neurinome, ainsi que d'une hernie discale sur les disques intervertébraux L4/L5 et L5/S1. A l'appui de cette demande, elle a produit des certificats médicaux établis par ses médecins et sa psychiatre traitants, faisant état d'une incapacité de travail variant entre 50 et 100 % pour la période du 14 juillet 2015 au 25 novembre 2019. La Dre F.\_\_\_\_\_ a également remis à l'intimé un rapport établi le 20 novembre 2019.

**aa)** Sur le plan somatique, la recourante échoue à démontrer une aggravation de son état de santé. En effet, les atteintes à la santé telles que décrites dans sa demande de prestations étaient toutes connues et ont dûment été analysées par l'expert rhumatologue et par les médecins du SMR lorsque la décision du 12 janvier 2018 a été rendue (cf. consid. 5a *supra*). Du reste, les certificats médicaux produits, lesquels ont au demeurant pour la plupart été établis entre 2015 et 2016, soit antérieurement à la décision précitée, ne sont pas motivés et donc pas propres à établir de péjoration de l'état de santé de l'assurée.

On précisera encore que les rapports du Dr P.\_\_\_\_\_ produits durant la procédure de recours ne peuvent être pris en compte par l'autorité de céans, dans la mesure où le juge doit se prononcer sur la situation qui prévalait au moment où l'intimé a statué (cf. consid. 4c *supra*).

**bb)** Sur le plan psychiatrique en revanche, la Dre F.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 20 novembre 2019, fait état de diagnostics

supplémentaires en comparaison à ceux retenus dans ses précédents rapports datant de 2015 et 2016, ainsi que dans l'expertise psychiatrique, à savoir un trouble mixte de la personnalité histrionique et borderline et une angoisse généralisée. Si ces seuls diagnostics ne seraient pas nécessairement, sans autre explication, propres à justifier une entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de relever que la psychiatre traitante observe en outre chez sa patiente un ralentissement psychique et moteur et des difficultés cognitives. Or, ces limitations fonctionnelles étaient inexistantes dans le cadre de la précédente demande. Il semble également que le traitement médicamenteux ait évolué, en ce sens que les doses de Cymbalta et de Lexotanil ont été augmentées par rapport aux prescriptions de la psychiatre traitante de janvier 2016 et que l'assurée prend désormais du Dalmadorm et de l'Olanzapine, cette dernière substance ayant toutefois déjà été retrouvée dans son sang lors de l'examen psychiatrique du Dr D.\_\_\_\_\_, en juin 2016. Du reste, la Dre F.\_\_\_\_\_ fait état d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée « comme celle qu'elle accomplit dans le cadre des tâches ménagères », tout en indiquant qu'il lui semble peu réaliste que la patiente soit susceptible d'effectuer un travail rémunéré dans le circuit économique normal au vu notamment de ses problèmes cognitifs et émotionnels. Cela signifie probablement que la Dre F.\_\_\_\_\_ estime que la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée est en réalité nulle, en partie à cause des troubles cognitifs récemment diagnostiqués.

Dans ces conditions, le SMR ne pouvait se contenter d'affirmer que la Dre F.\_\_\_\_\_ avait uniquement fait état d'une dépression stationnaire, sans qu'aucun nouveau diagnostic psychiatrique ne soit mentionné. Au contraire, il convient de constater que le rapport de la psychiatre traitante du 20 novembre 2019, même s'il est mince, fait naître des doutes sur l'état psychique de la recourante. Ainsi, sans que celui-ci ne suffise à établir une péjoration de l'état de santé au degré de la vraisemblance prépondérante, il la rend suffisamment plausible pour justifier une entrée en matière sur la nouvelle demande et une instruction approfondie de la cause.

**c)** En conséquence, les éléments en possession de l'intimé au moment de rendre sa décision du 14 février 2020 rendaient suffisamment plausible une aggravation de la situation, de sorte que celui-ci ne pouvait refuser d'entrer en matière sur la demande déposée le 5 décembre 2019. La décision entreprise doit donc être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur cette demande.

**6. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI afin qu'il entre en matière sur la nouvelle demande, en reprenne l'instruction et rende une nouvelle décision.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, la recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

**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 le 14 février 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour qu'il entre en matière sur la demande de prestations du 5 décembre 2019 de B.\_\_\_\_\_.

**III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 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.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- B. \_\_\_\_\_,
- 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).

La greffière :