

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 novembre 2014

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : MM. Gutmann et Küng, assesseurs
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourante, représentée par Me Diego Bischof, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI ; 87 RAI

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assurée), née en 1975, sans formation professionnelle, a travaillé dès janvier 2001 comme opératrice de production auprès de [...] SA. Souffrant de lombosciatalgies droites depuis 2006, exacerbées en 2009 à la suite d'un faux mouvement, elle a présenté une incapacité de travail totale dès le 23 juin 2009, avant de reprendre son activité professionnelle à 50% le 1^{er} septembre suivant. Le 28 janvier 2010, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), en raison de ses problèmes dorsaux.

Le 15 avril 2010, l'assurée a été examinée par la Dresse I._____, spécialiste en rhumatologie, médecin à la Clinique T._____, sur mandat de Z._____, assurance-maladie collective en cas de perte de gain auprès de laquelle son employeur l'avait assurée. Dans le rapport d'expertise rédigé le 17 mai suivant, remis à l'OAI, il était mentionné les diagnostics de discopathies étagées L4-L5 et L5-S1 avec hernie discale médiane L5-S1, lombosciatalgie S1 droite persistante, lombalgies chroniques et protrusion marquée sous-ligamentaire L4-L5. S'agissant de l'effet sur la capacité de travail de ces diagnostics, la Dresse I._____ écrivait ce qui suit :

« Le poste actuel de travail est adapté et ne doit pas être changé.

LIMITATIONS ET CAPACITE DE TRAVAIL DANS LE DERNIER EMPLOI

- Eviter le maintien en porte-à-faux du buste.
- Eviter les mouvements répétitifs du tronc en flexion-extension et en rotation.
- Eviter tout travail en élévation des membres supérieurs de manière répétitive qui engendre une extension du rachis.
- Limiter les ports de charge à 5 kg au maximum de manière occasionnelle.

La reprise de travail s'est effectuée au poste habituel, cependant fortement allégée depuis le 31 août 2009. L'explorée peut varier à son gré la position au travail entre assise et debout. Aucune charge importante n'est à soulever ni à déplacer, tout au plus 1 ou 2 kg. Bien qu'il s'agisse d'un travail à la chaîne, les sacs se présentant sur un tapis roulant, la position est tout à fait confortable et

probablement que le poste est l'un des mieux adaptés à sa situation.

Alors qu'elle a effectué environ 3h ½ à 4h de travail par jour, de préférence le matin, l'assurée nécessite de se reposer une demi-heure avant de préparer le déjeuner pour sa famille. Elle a donc suffisamment de ressources lorsqu'elle rentre du travail pour s'occuper de son quotidien. C'est pourquoi, bien qu'il existe dans sa présentation clinique et à l'examen une cohérence qui laisse penser qu'il existe effectivement une sciatgie S1 persistante, force est de reconnaître que sa mobilité est relativement préservée et que la position assise maintenue pendant notre entretien et notre examen pendant environ deux heures trente est une position qu'elle peut maintenir. La régression importante du volume de la hernie discale L5-S1, de même que l'absence d'image IRM montrant une compression radiculaire me conduisent à penser que l'explorée pourrait travailler davantage qu'à 50%. Nous pensons qu'un taux de 70% est tout à fait admissible.

LIMITATIONS ET CAPACITE DE TRAVAIL DANS UN EMPLOI ADAPTE

Ce sont les mêmes limitations que décrites plus haut ; le poste ne pourrait pas mieux être adapté. La reprise est possible à 70% dès le 15 avril 2010. »

A la suite de cette expertise, l'OAI a convoqué l'assurée, la Z. _____ et l'employeur à un entretien en ses locaux le 9 juin 2010. Selon le rapport d'entretien, il était retenu que, concrètement, l'assurée présentait une capacité de travail de 70% dans son activité habituelle depuis le 15 avril 2010 et de 100% après trois mois. L'employeur et l'assurée confirmaient que le poste était totalement adapté aux limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de porte-à-faux, alternance des positions) ; l'assurée s'estimait cependant incapable de travailler à plus de 50%. Il a été convenu d'une reprise à 70% dès le 14 juin 2010 avant d'envisager une augmentation à 100%, reprise que le médecin traitant de l'assurée a soutenu - interpellé par téléphone à ce sujet - estimant que cela pouvait être bénéfique et précisant se rallier aux conclusions de l'expertise.

Interpellée par le Dr K. _____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) sur les raisons qui la conduisait à ne pas retenir une capacité de travail entière dans l'activité habituelle, la Dresse I. _____ a répondu le 17 septembre 2010, notamment en ces termes :

« Vos arguments relatifs à la capacité de travail représentent un extrait de notre écrit mais a contrario, d'autres éléments existent :

- Le poste de travail adapté est a priori un poste temporaire.
- La symptomatologie sur le trajet L5 et une perte de force cotée à M4 dans le territoire des releveurs du pied à droite sont constatés.
- Une hygiène négligée des pieds laisse à penser à des limitations réelles.
- De nombreuses autres limitations ont été notées, soit la station debout à un maximum d'une heure, tout travail engendrant une extension du rachis, tout mouvement répétitif du tronc en flexion-extension et rotation, port de charge très léger, pas de positions penchées en avant.

Mais surtout, dans la réflexion sur la capacité de travail résiduelle, il ne faut pas oublier qu'il existe une blessure cornéenne avec une perte de vision de 40% de l'œil droit suite à un accident de travail. Le poste de travail actuellement tenu à 70% est un poste assis, et si j'ai effectivement signalé que l'explorée pouvait rester assise plusieurs heures, il est à souligner qu'un poste de travail en position essentiellement assise, avec le buste légèrement penché en avant, induit une tension dans les lombaires, ce qui n'est pas forcément une position idéale pour une sciatgie persistante. Que l'assurée n'arrive pas à exprimer les réelles limitations dans son poste de travail peut aussi être lié à une difficile compréhension par l'explorée du lien entre un buste penché et une tension dans le bas du dos.

Ainsi, trouver un nouvel emploi avec la totalité des limitations à la santé relevées relève d'une gageure, sachant que l'assurée n'a pas de formation en dehors d'un cursus primaire terminé à l'âge de 11 ans. De plus, elle travaille depuis de nombreuses années dans une entreprise satisfaite de la qualité de son travail et le poste de travail est adapté.

Imposer une reprise du travail à 100% dans un délai de trois mois dans l'activité habituelle, après une rééducation du rachis, alors que l'atteinte à la santé est connue depuis 2006 ne paraît pas raisonnable. Une amélioration n'est absolument pas synonyme de guérison et de capacité de travail totale. Une détérioration dans le futur est possible, voire probable, en présence d'une volumineuse hernie et d'une exacerbation ponctuelle forte des douleurs. L'intéressée a repris son activité à 50% dès le mois d'août 2009 et a été traitée par infiltrations, montrant par là sa bonne volonté de reprendre son activité. [...] »

Dans un rapport du 24 septembre 2010, le Dr K. _____ s'est rallié à l'appréciation de la Dresse I. _____, retenant le diagnostic de lombosciatalgies droites légèrement déficitaires sur hernie discale L5-S1 droite et une capacité de travail de 70% dès le 14 juin 2010, dans l'activité

habituelle considérée comme adaptée (pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de porte-à-faux, alternance des positions).

Par préavis (projet de décision) du 12 octobre 2010, confirmé par décision du 22 novembre 2010, l'OAI a dénié le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité. Malgré la présence d'une atteinte somatique, il a considéré que l'intéressée conservait la capacité d'exercer son activité habituelle à 70% et présentait un degré d'invalidité de 30%, insuffisant pour lui ouvrir le droit à la rente. Par ailleurs, aucune mesure d'ordre professionnel n'apparaissait nécessaire dans la mesure où l'assurée bénéficiait d'un poste léger et totalement adapté à ses limitations fonctionnelles.

N'ayant pas fait l'objet d'un recours, la décision du 22 novembre 2010 est entrée en force.

B. Dans un rapport établi le 19 avril 2011 à l'attention de l'OAI, le Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, médecin traitant de l'assurée, a fait part de l'évolution défavorable de l'état de santé de sa patiente. Il évoquait un épisode dépressif réactionnel sévère nécessitant une prise en charge spécialisée à la suite de son licenciement le 23 février 2011, ainsi qu'une aggravation des lombosciatalgies justifiant de requérir un avis neurologique. Il ajoutait que la patiente n'avait pu reprendre son travail à 100% ces deux dernières années et présentait, depuis le 23 février 2011, une incapacité de travail totale.

Suivant l'avis du SMR, l'OAI a admis l'aggravation de l'état de santé et invité l'assurée à déposer une nouvelle demande au moyen du formulaire *ad hoc*. La nouvelle demande est parvenue à l'OAI le 27 juin 2011 et faisait référence au rapport établi par le Dr W._____.

Dans un rapport du 10 octobre 2011 à l'OAI, le Dr W._____ a posé les diagnostics de lombosciatique droite chronique sur hernie discale L5-S1 déficitaire non opérée et d'état dépressif réactionnel sous

traitement spécifique. Il précisait que la dépression aggravée par le licenciement était un facteur d'entretien et d'extension des douleurs. Il mentionnait une évolution vers un syndrome douloureux chronique, au pronostic moyen, avec une capacité de travail nulle, sans autre précision. Le 2 novembre 2011, le Dr W._____ écrivait que la patiente avait une capacité de travail résiduelle estimée à 50% dans une activité adaptée si le psychiatre donnait son feu vert. Il joignait à son rapport le résultat de l'examen électroneuromyographique pratiqué le 15 avril 2011 par le Dr J._____, spécialiste en neurologie, qui ne mettait pas en évidence de signe en faveur d'une radiculopathie L5 ou S1 droite, ainsi que le résultat de l'IRM lombo-sacrée du 14 octobre 2011, qui révélait la résorption de la hernie L5-S1 et une petite protrusion discale L4-L5 pouvant entraîner un effet irritatif sur la racine L4 droite.

Interpellé par l'OAI, le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic de trouble dépressif, sans précision (F 39), existant depuis janvier 2011, précisant que le syndrome douloureux chronique avait engendré durant l'hiver 2010/2011 le trouble dépressif. Il résultait du rapport établi le 10 janvier 2012 que le Dr L._____ suivait l'assurée depuis le 8 février 2011. Sous la rubrique « constat médical », le psychiatre mentionnait une apathie, une aboulie, un ralentissement psychomoteur et une perte de l'élan vital. Il ne se prononçait pas sur la capacité de travail, mais énonçait cependant certaines limitations dans l'annexe au rapport, notamment un manque de concentration, une fatigabilité et des troubles cognitifs liés à l'humeur.

L'assurée a été convoquée le 26 avril 2012 auprès du SMR pour un examen clinique rhumatologique et psychiatrique réalisé par les Drs A._____, spécialiste en médecine interne générale, et U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport rédigé le 29 juin 2012, il n'a été retenu aucun diagnostic d'atteinte psychiatrique à la santé affectant la capacité de travail ; le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22) a été reconnu comme sans répercussion sur la capacité de travail. Sur le plan somatique, après examen du dossier radiologique, les diagnostics de

lombosciatalgies droites dans le contexte d'un léger trouble statique, d'une discopathie L4-L5 protrusive et L5-S1 et de dysbalances musculaires (M51.3) ont été admis comme pouvant avoir des répercussions durables sur la capacité de travail. Les Drs A. _____ et U. _____ appréciaient la situation notamment comme suit :

« [...] cette jeune assurée présente des lombosciatalgies D, qui sont, du moins partiellement, expliquées par un discret trouble statique et dégénératifs, ainsi que la présence d'une protrusion discale L4-L5. La volumineuse hernie discale L5-S1 qui, en 2006, était radiologiquement en contact avec la racine S1 D, a été quasi totalement résorbée sur l'IRM de 2011. La situation clinique et radiologique est donc actuellement plutôt rassurante avec absence de signe compressif ou irritatif. Pour l'assurée, la situation n'a cependant pas beaucoup changé, elle se plaint de douleurs « immenses ». S'il y a indiscutablement une atteinte structurelle objective, force est de constater que toutes les plaintes et tous les handicaps allégués ne sont pas explicables. Ainsi, l'assurée déclare des douleurs lombaires lors de manœuvres qui testent en principe des autres structures, par exemple la stabilité des genoux ou une pathologie de la coiffe des rotateurs. On retrouve également tous les signes décrits par Waddell en faveur d'un processus non organique.

Par rapport à l'expertise T. _____ de septembre 2010, on constate aujourd'hui qu'il n'y a plus de décharge du membre inférieur D ou de claudication, ni de décharge de la fesse D en position assise. La mobilité rachidienne est globalement inchangée, on retrouve les contractures musculaires para-vertébrales. On note également que l'assurée ne fléchit pas le membre inférieur D lors de l'examen couché sur le dos, tout au contraire, elle indique que cette position, les jambes tendues, est la meilleure. Le status neurologique est superposable.

En ce sens, il n'y a donc pas d'aggravation objective, tout au contraire, sur le plan fonctionnel, l'assurée ne montre quasiment plus aucune gêne en faveur d'irritation radiculaire. On ne peut donc pas s'aligner aux conclusions du Dr W. _____, mais à celles des experts de la clinique T. _____ et maintenir une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée, la diminution étant due à la nécessité de changer de position et à un certain déconditionnement.

L'anamnèse psychiatrique ne permet pas de constater une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité décompensée ayant des répercussions sur la capacité de travail avant son licenciement en février 2011. Dans le contexte de ses difficultés de santé somatiques, l'assurée a dû diminuer sa capacité de travail, et dans ce contexte, elle a été licenciée pour février 2011. Ainsi, elle va présenter une réaction dépressive à ce licenciement, motif pour lequel son médecin traitant l'adresse chez le Dr L. _____, psychiatre FMH. L'introduction d'un traitement antidépresseur et anxiolytique a permis une amélioration partielle, l'assurée reconnaît que le traitement pharmacologique l'a « calmée ». Ainsi, étant donnée que la symptomatologie est réactionnelle à la situation

socioprofessionnelle familiale, un trouble de l'adaptation est retenu, et dans ce sens, le trouble de l'adaptation ne peut pas être considéré comme étant une maladie psychiatrique à l'origine d'une atteinte à la santé ayant des répercussions sur la capacité de travail.

L'examen psychiatrique au SMR permet de constater une tristesse réactionnelle à la situation socio-professionnelle, une diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne et les activités habituellement agréables, mais l'absence de troubles cognitifs (attention, concentration, mémoire), ainsi que l'absence d'un sentiment de désespoir ou d'une mauvaise image de soi, ne permet pas de retenir une dysthymie voire un épisode dépressif. Les critères pour retenir un trouble de la personnalité décompensée ne sont pas observés.

Limitations fonctionnelles

Sur le plan ostéo-articulaire, il faut éviter une position statique prolongée assise, debout, en rotation-flexion du tronc et en porte-à-faux. L'assurée ne peut pas travailler à la chaîne ni sur machine vibrante. Le port de charges est limité à 7 kg occasionnellement. Il faudrait éviter un travail avec les bras en hauteur, notamment de longue durée.

Sur le plan psychiatrique, aucune limitation fonctionnelle.

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

Sur le plan somatique, depuis le 23.06.2009 (certificat du Dr W._____ du 12.09.2009)

Sur le plan psychiatrique, depuis mars 2011.

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

Sur le plan somatique, 100% du 23.06.-30.08.2009, 50% du 31.08.2009 au 13.06.2010, 30% depuis le 14.06.2010 (expertise rhumatologique de la Dresse I._____ du 17.05.2010 et divers rapports médicaux du Dr W._____). Vu l'évolution favorable sur le plan rachidien, cette incapacité peut même être plus basse si le poste de travail est vraiment adapté et si l'assurée est motivée.

Sur le plan psychiatrique, il y a une amélioration vers l'été 2011 et plus d'incapacité de travail.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 70%

DANS L'ACTIVITÉ ADAPTÉE : 70% DEPUIS LE : JUIN 2010 »

Dans un avis du 13 juillet 2012, le SMR a considéré, au vu de l'examen des Drs A._____ et U._____, que les conclusions présentées

par le médecin traitant ne pouvaient être suivies, l'évaluation des experts de la Clinique T._____ et subséquemment du SMR devant *a contrario* être admise. Il a relevé que sur le plan psychiatrique, seul un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive, était retenu et considéré comme n'affectant pas la capacité de travail. Il en résultait une capacité de travail de 70% dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles correspondant à celles retenues lors de l'examen SMR.

Le 14 novembre 2012, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité, une aide au placement pouvant être accordée. Il a estimé que sur le plan somatique, son état de santé était stationnaire, avec les mêmes incapacités de travail que retenues dans sa précédente décision du 22 novembre 2010 (100% du 23 juin au 30 août 2009 ; 50% du 31 août 2009 au 13 juin 2010 ; 30% dès le 14 juin 2010), de sorte que son degré d'invalidité se maintenait à 30%. Il précisait en outre que sur le plan psychiatrique, seul un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive, était retenu pour une courte période dans l'année 2011, sans qu'il n'ait affecté sa capacité de travail.

L'assurée a remis à l'OAI un avis du Dr W._____ rédigé le 13 décembre 2012, comme valant contestation au projet de décision. Le médecin traitant mentionnait la lombosciatique chronique sur une hernie discale non opérée, l'état dépressif réactionnel sévère et une extension et intensification des douleurs lombaires. Il estimait que dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 50% au maximum.

Dans un avis du 18 février 2013, les Drs H._____ et B._____ du SMR ont relevé que les diagnostics posés par le Dr W._____ dans sa note du 13 décembre 2012 n'étaient pas repris dans le rapport d'examen du SMR du 29 juin 2012, ajoutant que le médecin traitant posait un diagnostic psychiatrique en dehors du champ de sa spécialité. Ils rappelaient que seuls les diagnostics de lombosciatalgies droites dans le contexte d'un léger trouble statique, d'une discopathie L4-

L5 protrusive et L5-S1 avec dysbalance musculaire étaient confirmés et se basaient sur le status ostéo-articulaire bien décrit dans le rapport, lequel corrélait parfaitement avec l'évolution des IRM s'échelonnant de 2006 à 2011, la dernière du 14 octobre 2011 montrant que la hernie L5-S1 était résorbée et qu'il ne restait plus qu'une petite protrusion L4-L5 pouvant entraîner un effet irritatif de la racine L4 droite. Sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'appréciation du Dr U._____. Partant, les Drs H._____ et B._____ ont estimé que les conclusions de l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique pouvaient être maintenues.

L'assurée a remis à l'OAI un avis du 20 mars 2013 rédigé par le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, adressé au Dr W._____. Le Dr G._____ mentionnait préliminairement que l'assurée souffrait depuis de très nombreuses années de douleurs sciatiformes bien documentées sur plusieurs IRM. Il se disait frappé par la nette diminution du volume de la hernie discale avec néanmoins une symptomatologie douloureuse très invalidante. Il retenait un très discret syndrome déficitaire sur le releveur du pied, sans trouble de la sensibilité, et un signe de Lasègue très positif, à environ 40° à droite. Il considérait que l'assurée souffrait d'une radiculopathie de longue date, dont la hernie discale était probablement calcifiée et engainait partiellement la racine.

Dans un avis du 23 mai 2013, le SMR s'est prononcé sur le courrier du Dr G._____, faisant valoir ce qui suit :

« Nous avons repris l'examen bidisciplinaire effectué le 26.04.2012. Le Dr A._____, médecin examinateur a pris en compte dans son status « un Lasègue négatif à gauche mais douloureux à 70° à droite. Une force musculaire globalement à M5 avec une légère diminution de l'extension du pied droit ». En fait, la description du Dr G._____ recoupe celle effectuée par le Dr A._____ et il n'existe donc pas de fait nouveau.

Les conclusions du Dr A._____, traduites dans notre avis médical du 13.07.2012 peuvent donc être toujours retenues. »

Par décision du 29 juillet 2013, l'OAI a maintenu son refus de droit aux prestations. Dans une lettre d'accompagnement datée du même jour, il reprenait les termes des avis SMR des 18 février et 23 mai 2013.

C. P._____ a déféré la cause à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par recours du 13 septembre 2013, concluant, sous suite de frais et dépens, à la réforme de la décision litigieuse en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité, subsidiairement à une rente à 50% (*sic*) lui soit reconnu, à compter du 14 juin 2010. Elle fait grief à l'intimé d'avoir préféré l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique réalisé au SMR le 26 avril 2012 aux avis émis par les médecins qui la suivent, dont il résulte une nette divergence. A l'appui de son recours, elle produit notamment les pièces suivantes :

- un rapport du 22 juillet 2013 adressé au Dr W._____ par le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale, chef de clinique au Département de l'appareil locomoteur, Service de rhumatologie, du F._____, où la recourante a séjourné du 10 au 29 mai 2013 en raison de douleurs au membre inférieur droit. Il résulte de ce rapport notamment ce qui suit :

« **Diagnostic principal**

- Syndrome lombo-radicaire S1 D (irritatif et abolition du réflexe achilléen D).
 - o Hernie discale postéro-latérale D L5/S1 avec irritation de la racine S1 D (apparemment connue depuis 2006)
 - o Intervention: infiltration périurale L5/S1 le 24.05.2013 avec Triamcort 80 mg (sans complication). Infiltration par le hiatus sacré en 2009 (bénéfice ?).
- Thrombopénie intermittente marginale.
- "Transaminite" (ALAT>ASAT).

Antécédents

- Pas d'antécédents connus.

Rappel anamnestique

Mme P._____ est une patiente de 38 ans, connue pour une hernie discale L5-S1 depuis 2006, jamais opérée, qui vient pour la 2^{ème} fois au F._____ pour une nette aggravation de ses douleurs, qui irradient dans tout le membre inférieur droit. L'EVA douleur est à 5/10 au repos et 7/10 à la marche. Elle est soulagée en position couchée. Elle a consulté auprès de vous-même et auprès du Dr G._____ à [...].

Une IRM du 01.05.2013 montre une hernie discale L5-S1 postéro-latérale droite avec un conflit avec la racine S1. Une opération est proposée sans que la décision définitive soit prise. Mise en évidence d'une protrusion discale récessale et foraminale avec un conflit L4 et L5 à droite (images vues en colloque de radiologie).

Elle prend irrégulièrement une antalgie de Dafalgan, Irfen et morphine. La veille de l'hospitalisation, elle aurait fait un faux mouvement (rotation à gauche en position assise) avec une douleur intense de type décharge électrique irradiant dans la fesse droite et dans le membre inférieur droit, nécessitant l'injection de Fentanyl! 100 ug par les ambulanciers. Elle ne nous rapporte pas de perte de selles ou d'urine, ni d'épisodes de rétention, ni de trouble moteur dans les membres inférieurs. Elle se plaint d'une hypoesthésie sur la face latérale du pied et de la jambe droite depuis 10 jours. Il n'y a pas d'état fébrile ni autre plainte. Elle a une bonne santé habituelle, n'a pas d'allergies. [...]

Status à l'entrée

[...] Au status, on ne retrouve pas de déficit sensitivo-moteur aux membres inférieurs. Les réflexes sont présents aux membres inférieurs hormis l'achilléen droit. Les RCP sont en flexion ddc. Elle présente une douleur à la palpation de l'apophyse épineuse de L5, une douleur à la palpation paravertébrale lombaire basse à droite avec signe de la sonnette positif. Marche talons-pointes possible mais marche sur les pointes difficile à droite. Elle n'a pas de boiterie à la marche. La distance doigts-sol n'est pas évaluable car la patiente est hyper-algique à l'antéflexion du tronc. Les pouls fémoraux et pédieux sont présents. Le Lasègue est positif à 30° à droite. [...]

Synthèse - Discussion et évolution

1. Syndrome lombo-radiculaire S1 D sur hernie discale concordante.

La clinique est compatible avec l'énoncé ci-dessus. Nous ne retrouvons pas cliniquement d'éléments compatibles avec une irritation des racines L4 et L5 D. La patiente ne décrit aucun symptôme compatible avec un syndrome de la queue de cheval et durant l'hospitalisation, nous n'avons pas fait d'observation dans ce sens. Un traitement conservateur est débuté avec un traitement antalgique et anti-inflammatoire avec AINS [...] avec un soulagement partiel de la douleur. Une infiltration par périurale est alors pratiquée le 24.05.2013 avec une amélioration des douleurs et des paresthésies au membre inférieur droit avec un Lasègue qui passe à 60° chez une patiente démontrant régulièrement une certaine kinésiophobie qui s'est améliorée en cours de séjour (initialement patiente alitée). La douleur à la sortie est évaluée à 2/10 (1/10 confié au physiothérapeute). Le périmètre de marche sans douleur est de 15 minutes sans boiterie. La douleur lombaire a disparu.

[...]

Il faut noter que nous retrouvons quelques signes d'alarme augurant de pronostic au long cours qui peut-être ne sera pas favorable : le chômage, la kinésiophobie. [...] » ;

- un rapport du 29 août 2013 adressé au mandataire de la recourante par le Dr W._____, faisant suite à une consultation du 28 août précédent, indiquant ce qui suit :

« **Diagnostics**

- Syndrome lombo-radicaire S1 droit, chroniquement irritatif et déficitaire sur le plan du réflexe achilléen droit et hypoesthésie L5/S1 droit sur importante hernie discale L5/S1.
- Etat dépressif chronique, sous traitement.

Discussion, proposition :

Depuis ce printemps, la situation de la patiente s'est aggravée, elle est venue me consulter plusieurs fois en avril et en mai de cette année. Il y avait clairement une rechute de sa lombosciatique hyperalgique droite sur hernie discale connue, jamais opérée. Le Dr G._____, spécialiste de la chirurgie du rachis, avait vu la patiente dans une situation catastrophique. Il avait été d'accord de l'opérer de sa hernie discale tout en lui expliquant qu'il ne pouvait pas la guérir. La patiente a refusé, car très anxieuse (raison psychiatrique). Elle a dû être hospitalisée au F._____ du 10.05.13 au 29.05.13, où elle a bénéficié d'une nouvelle infiltration péridurale en L5/S1. Cette intervention, associée à une physiothérapie spécifique en milieu hospitalier spécialisé a pu stabiliser la patiente sans toutefois la guérir. Les spécialistes de l'antalgie du F._____ ont proposé une nouvelle infiltration péridurale, la Xème, ce qui ne peut nullement l'améliorer de façon significative, et encore moins la guérir.

Il persiste un syndrome lombo-radicaire avec un Lasègue positif à 60° à droite, ainsi qu'un déficit du réflexe achilléen et de la sensibilité dans les dermatomes L5 et S1 à droite (examen clinique du 28.08.13). La patiente va avoir de la physiothérapie à vie en raison de son syndrome lombo-radicaire chronique déficitaire sur hernie discale. J'estime actuellement son incapacité de travail à 60% (capacité de travail de 40%). Elle ne peut pas rester plus de 30 minutes assise et ne peut pas marcher plus de 10 minutes ! Pour ce qui est de son activité professionnelle précédente et toute activité physique de type nettoyage, il y a une incapacité de travail durable, voire définitive de 100%.

Au vu de ces éléments, je pense que la patiente n'est pas guérissable et qu'elle souffre d'une lombosciatique chronique déficitaire ainsi que d'un état dépressif chronique. D'après mes observations, ce sont des arguments qui devraient être pris en compte par l'assurance AI de Vevey. »

- un certificat médical du 31 août 2013 du Dr L._____, mentionnant un suivi depuis février 2011, attestant que la recourante souffre d'un trouble dépressif chronique nécessitant un traitement

médicamenteux – thymoanaleptique – et psychothérapeutique de soutien et précisant que l'existence de cette morbidité, et surtout son interaction avec la problématique rhumatologique, entraîne une incapacité de travail majeure, supérieure à 50%.

Dans sa réponse du 12 novembre 2013, l'OAI soutient la valeur probante du rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 29 juin 2012. Il se rallie par ailleurs à l'avis SMR du 1^{er} novembre 2013, faisant état d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée de mars à fin août 2013, dont la teneur est la suivante :

« Le document faxé signé par le Dr W. _____ daté du 13 décembre 2012 reconnaît une CT de 50% à l'assurée dans une activité adaptée en raison de lombosciatalgies chroniques sur volumineuse hernie discale non opérée. Ce médecin retient aussi une dépression qui s'est développée dans les suites d'un licenciement. Il n'y a donc dans ce rapport ni fait nouveau ni aggravation depuis notre dernier avis.

Le courrier du Dr G. _____ du 20 mars 2013 retient le problème de « douleurs sciatiformes » avec un signe de Lasègue à 40° à droite. Le 28 août 2013, l'assurée est examinée par le Dr W. _____ [...]. L'examen clinique objective un Lasègue à 60% [*recte* : °] soit en nette amélioration, une clinique similaire à celle qu'y avait été décrite dans l'examen SMR d'avril 2012 et l'expertise T. _____ de mai 2010. Une hospitalisation a eu lieu au F. _____ du 10 mai 2013 au 29 mai 2013, le Lasègue était alors mesuré à 30° (du Dr S. _____ du 22 juillet).

Il convient de retenir une aggravation transitoire de l'état de santé de l'assurée de mars 2013 à fin août 2013 et un retour à l'état clinique qui prévalait avant le 20 mars 2013 dès le 28 août 2013.

Sur ces bases objectives, il convient de retenir que l'état de santé s'est aggravé de mars à août 2013 et que durant la même période la capacité de travail exigible a été réduite. »

Le 9 décembre 2013, la recourante a indiqué ne pas avoir d'observations complémentaires à formuler.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1)

s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 69 al. 1 let. a LAI en dérogation à l'art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

En l'occurrence, le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il convient d'entrer en matière sur le fond.

2. a) 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, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'OAI à la suite de la nouvelle demande du 27 juin 2011,

singulièrement sur l'existence d'une aggravation de l'état de santé de la recourante de nature à modifier son droit à une rente d'invalidité.

3. a) Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). 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 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 LAI).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA. Ne sont pas considérées comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c et 102 V 165 ; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6).

b) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (cf. art. 87 al. 3 et 4 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201] dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement art. 87 al. 2 et 3 RAI), elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités). Les autorités doivent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 2). Selon l'art. 17 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence ou encore supprimée. Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances, propre à influencer le taux d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consi. 2.2 et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4, 130 V 343 consid. 3.5.2).

4. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée et déterminer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler, il doit selon les cas recueillir les avis médicaux de médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son service médical régional (art. 59 al. 2bis LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 3 LAI). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 108).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et

enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c).

Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (voir TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^e édition, Zurich 2009, n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 137 V 210, 122 V 157 consid. 1d ; RAMA 1993 n° U 170 p. 136 et la critique de G. Aubert parue in SJ 1993 p. 560).

5. a) A l'époque de la décision initiale de refus de rente d'invalidité en novembre 2010, il était constaté que la recourante présentait une capacité de travail - et de gain - de 70% depuis juin 2010 dans une activité adaptée à son état de santé. Les problèmes objectivement reconnus comme limitatifs quant à la capacité de travail étaient d'ordre somatique ; il était fait référence aux diagnostics de discopathies étagées L4-L5 et L5-S1 avec hernie discale médiane L5-S1, lombosciatalgies S1 droite persistantes, lombalgies chroniques et protrusion marquée sous-ligamentaire L4-L5, posés à l'issue de l'expertise rhumatologique à la Clinique T._____ en avril 2010. La Dresse I._____ mentionnait une régression importante du volume de la hernie discale et l'absence d'image IRM montrant une compression radiculaire, la conduisant à penser que l'exercice d'une activité professionnelle à 70% était admissible. En septembre 2010, la Dresse I._____ précisait qu'une détérioration dans le futur était possible, voire probable, en présence

d'une volumineuse hernie et d'une exacerbation ponctuelle forte des douleurs.

b) La décision litigieuse retient la présence d'un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive, sur une courte période en 2011, sans que ce trouble ne soit considéré comme affectant la capacité de travail ; sur le plan somatique, l'état de santé de l'assurée demeure identique à celui présenté lors de la précédente décision du 22 novembre 2010. L'OAI se réfère à l'examen rhumatologique et psychiatrique au SMR du 26 avril 2012, ainsi qu'aux avis du SMR des 18 février et 23 mai 2013, soulignant notamment que les rapports du Dr W._____, du 13 décembre 2012, et du Dr G._____, du 20 mars 2013, ne font état d'aucune aggravation par rapport à l'examen clinique des Drs A._____ et U._____.

aa) Sur le plan psychiatrique, la recourante s'est soumise à un examen clinique le 26 avril 2012, dans la mesure où l'un des faits nouveaux présentés à l'appui de la seconde demande, par l'intermédiaire de son médecin traitant, correspondait à une atteinte à la santé psychique. En effet, le Dr W._____ mentionne un épisode dépressif réactionnel sévère et le suivi de la recourante par le Dr L._____, dès février 2011. Le psychiatre traitant pose le diagnostic de trouble dépressif sans précision (F39), existant depuis janvier 2011, sans se prononcer clairement sur son influence sur la capacité de travail.

Au terme de l'examen psychiatrique, le Dr U._____ pose pour seul diagnostic un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22), sans influence sur la capacité de travail. Il explique ce diagnostic par le fait que la symptomatologie est réactionnelle à la situation socio-professionnelle. L'anamnèse psychiatrique n'a pas permis de constater une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité décompensée ayant des répercussions sur la capacité de travail avant le licenciement de l'intéressée en février 2011. *A contrario*, l'examen clinique a permis de constater une tristesse réactionnelle à la situation socio-professionnelle, une diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités

de la vie quotidienne et les activités habituellement agréables. Le Dr U._____ constate l'absence de troubles cognitifs (attention, concentration, mémoire) ainsi que l'absence d'un sentiment de désespoir ou d'une mauvaise image de soi. Selon lui, l'examinée ne présente pas de limitation fonctionnelle psychiatrique ; elle a cependant présenté une diminution de sa capacité de travail dès mars 2011, et une amélioration vers l'été 2011 avec pour conséquence que le trouble n'affectait plus la capacité de travail.

Les conclusions du Dr U._____ emportent conviction dès lors qu'elles reposent sur une étude circonstanciée, une anamnèse détaillée, sont claires et dûment motivées. L'avis du Dr W._____ ne saurait être préféré à celui du Dr U._____ puisque la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert psychiatre (ATF 130 V 396 consid. 5.3.2 ; cf. consid. 3a *supra*). De surcroît, en novembre 2011, le Dr W._____ mentionnait que sa patiente avait une capacité de travail résiduelle estimée à 50% si le psychiatre donnait son feu vert. Le Dr L._____ n'a, quant à lui, pas rendu vraisemblable l'existence d'un trouble psychique entraînant une incapacité de travail. Dans son rapport du 10 janvier 2012, le psychiatre traitant ne se prononce pas clairement sur la capacité de travail de la recourante. Dans son avis du 31 août 2013, il énonce que c'est principalement l'interaction du trouble dépressif avec la problématique rhumatologique qui entraîne une incapacité de travail majeure supérieure à 50%, renvoyant pour le surplus à l'avis du Dr W._____. Ces considérations ne permettent pas de jeter le doute sur les conclusions de l'examen psychiatrique. Le Dr L._____ n'apporte aucun élément tendant à prouver que la recourante présente une maladie psychiatrique à l'origine d'une atteinte à la santé invalidante. S'il convient certes de procéder à une appréciation médicale globale - non d'apprécier les atteintes à la santé séparément (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zürich/Bâle 2011, n° 1218 p. 337 ; cf. également TF 8C_117/2009 du 30 octobre 2009 consid. 4.2 et la jurisprudence citée) -, il appert cependant que l'incapacité de travail telle qu'alléguée par le psychiatre traitant résulte

principalement de l'atteinte somatique. Au demeurant, la jurisprudence énonce que les rapports établis par le médecin traitant doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

Partant, le rapport du Dr U._____ ayant valeur probante, il y a lieu d'admettre qu'au plan strictement psychiatrique, le trouble présenté par le recourante au début de l'année 2011 n'affectait plus sa capacité de travail dès l'été de la même année.

bb) Sur le plan somatique, on constate, à l'instar de l'intimé, une aggravation de l'état de santé à compter de mars 2013. Lors de l'examen rhumatologique d'avril 2012, il était constaté la présence de lombosciatalgies droites, partiellement expliquées par un discret trouble statique et dégénératifs et la présence d'une protrusion discale L4-L5. Par référence à l'IRM d'octobre 2011, la Dresse A._____ retenait que la volumineuse hernie discale L5-S1, qui était radiologiquement en contact avec la racine S1 droite en 2006, était quasi totalement résorbée. La situation clinique et radiologique était plutôt rassurante avec absence de signe compressif et irritatif. En mars 2013, le Dr G._____ mentionne la présence de douleurs sciatiformes depuis de nombreuses années, avec un signe de Lasègue très positif à 40° à droite. Il estime que la patiente souffre d'une radiculopathie de longue date, dont la hernie discale était probablement calcifiée et engainait partiellement la racine. Contrairement à ce que soutient le SMR dans son avis du 23 mai 2013, la description du Dr G._____ ne se recoupe pas avec celle effectuée par la Dresse A._____, laquelle retenait notamment un Lasègue douloureux à 70° à droite. En outre, l'avis du 23 mai 2013 est contredit par celui du 1^{er} novembre 2013, aux termes duquel le SMR admet l'aggravation de l'état de santé de l'assurée dès mars 2013, eu égard notamment aux douleurs sciatiformes et signe de Lasègue à 40° énoncés par le Dr G._____.

Dans son rapport du 22 juillet 2013, établi à la suite du séjour de l'assurée au Service de rhumatologie du F._____ en mai 2013, le Dr

S._____ diagnostique un syndrome lombo-radicaire S1 à droite (irritatif et abolition du réflexe achilléen). Il se réfère à une IRM réalisée le 1^{er} mai 2013, laquelle révélait une hernie discale L5-S1 postéro-latérale droite avec un conflit de la racine S1, ainsi qu'une protrusion discale récessale et foraminale avec un conflit L4 et L5 à droite. Il énonce un Lasègue positif à 30° à droite au début du séjour, qui passe à 60° à la suite d'une infiltration par périurale. Le 29 août 2013, le Dr W._____ constate qu'il persiste un syndrome lombo-radicaire avec un Lasègue positif à 60° à droite et un déficit du réflexe achilléen et une hypoesthésie L5-S1. Il pose le diagnostic de syndrome lombo-radicaire S1 droit, chroniquement irritatif et déficitaire sur le plan du réflexe achilléen droit et hypoesthésie L5-S1 droit sur importante hernie discale L5-S1. Il atteste que l'assurée ne peut pas rester plus de trente minutes assise ni marcher plus de dix minutes - le Dr S._____ retenait un périmètre de marche de 15 minutes -, de sorte que sa capacité de travail n'est que de 40% dans une activité adaptée.

Au vu de ce qui précède, on ne saurait parler d'un status clinique similaire à celui qui était décrit dans l'examen SMR d'avril 2012 et dans l'expertise T._____ de mai 2010, contrairement à ce que soutient le SMR dans son avis du 1^{er} novembre 2013. *Pro memoria*, l'expertise du SMR retenait des lombosciatalgies droites dans le contexte d'un léger trouble statique, une discopathie L4-L5 protrusive et L5-S1, une hernie discale L5-S1 quasiment résorbée et l'absence de signe compressif ou irritatif. En 2013, il est retenu une hernie discale L5-S1 postéro-latérale droite avec un conflit avec la racine S1 et une protrusion discale récessale et foraminale avec un conflit L4 et L5 à droite. La Dresse I._____ avait en outre souligné, en septembre 2010, qu'une détérioration dans le futur était possible, voire probable, en présence d'une volumineuse hernie et d'une exacerbation ponctuelle forte des douleurs. Ainsi, si l'on peut suivre l'intimé, respectivement le SMR, lorsqu'ils retiennent une aggravation de l'état de santé somatique dès mars 2013, on peine à comprendre les raisons qui les conduisent à admettre un retour à l'état clinique de la recourante dès le 28 août 2013. S'il appert que le signe de Lasègue a certes évolué de 40°, voire 30°, à 60° à droite, il y a lieu de relever qu'il

s'agit d'un signe clinique désignant une douleur, un examen d'imagerie permet quant à lui une appréciation clinique plus objective.

cc) Les considérations médicales faites à la suite de l'examen clinique du 26 avril 2012 conduisent à admettre la péjoration de l'état de santé physique de la recourante dès le mois de mars 2013, sans qu'il soit possible de retenir un retour à l'état clinique prévalant avant cette date, à la fin août 2013. Il s'ensuit que ni l'état de santé de la recourante sur le plan somatique ni les conséquences de cet état de santé sur sa capacité résiduelle de travail n'ont pu être établis de manière probante. Les considérations des Drs G._____, S._____ et W._____ ne suffisent pas à statuer sur ces questions ; elles auraient dû inciter l'intimé à ordonner une expertise médicale tendant à clarifier la situation, étant précisé que ces considérations, émises près d'une année après l'examen clinique de la Dresse A._____, ont conduit le SMR et l'intimé à admettre une aggravation. On peut ainsi reprocher à l'OAI de ne pas avoir instruit, notamment par un examen complémentaire de la Dresse A._____, les éléments retenus par les médecins précités. Compte tenu de ces circonstances, le renvoi de la cause à l'OAI - auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA - apparaît comme étant la solution la plus opportune. Il se justifie donc de renvoyer l'affaire pour que l'office intimé procède aux mesures d'investigation adéquates aux fins d'élucider les points qui précèdent, particulièrement en mettant en œuvre une expertise rhumatologique, tout en respectant le droit de participation des parties (cf. art. 44 LPGA ; ATF 137 V 210). Il appartiendra ensuite à l'office, sur la base des données ainsi récoltées, de rendre une nouvelle décision.

6. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision du 29 juillet 2013 annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision sur l'éventuel droit aux prestations de la recourante.

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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. à la charge de l'intimé débouté.

c) La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à une indemnité de dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 1'500 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 29 juillet 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à P._____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Diego Bischof (pour P._____)
- 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 :