

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 mars 2019

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente

M. Piguet, juge, et M. Peter, assesseur

Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourante, représentée par Me Florence Bourqui,
avocate auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

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. F._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante suisse d'origine bosniaque née en 1973, sans formation professionnelle, mariée et mère de trois enfants, a déposé le 18 décembre 2013 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant une sclérose en plaques. Dans le formulaire idoine, elle a indiqué qu'elle travaillait comme technicienne de surface à 30 % auprès de la commune d'[...] et qu'elle avait œuvré de mai 2006 à octobre 2013 dans le secteur viticole. Elle a précisé par la suite que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100 % en tant qu'auxiliaire de conciergerie depuis 2012, par intérêt personnel et nécessité financière (cf. formulaire 531^{bis} non daté, indexé le 4 février 2014).

Dans un rapport du 17 février 2014, le Dr W._____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics incapacitants de sclérose en plaques de forme poussées/rémissions avec première poussée en 2010 et dernière poussée en août 2013 de localisation pontique gauche, ainsi que d'ostéoméningiome de la grande aile de l'os sphénoïde à droite découvert en septembre 2013. Il a par ailleurs signalé que la patiente - laquelle présentait une fatigabilité accrue (« *raison somatique et état dépressif* ») - restait profondément marquée par la guerre de Bosnie (plusieurs membres de sa famille ayant été tués sans que les corps n'aient pu être retrouvés), avec un état anxio-dépressif réactivé à chacune des atteintes somatiques sévères qu'elle avait présentées ces dernières années. A ce rapport étaient joints différents documents médicaux dont :

- un rapport du 30 août 2013 du Dr N._____, radiologue, exposant qu'une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale avait montré de multiples lésions suggestives d'une atteinte démyélinisante comme on pouvait en rencontrer en cas de sclérose en plaques ;

- un compte-rendu rédigé le 3 septembre 2013 par le Dr C._____, spécialiste en neurologie, indiquant que l'examen clinique montrait des myokimies hémifaciales gauches, de discrets troubles oculomoteurs de type ophtalmoparésie internucléaire gauche fruste et une hyperréflexie du réflexe bicipital et styloradial droit, la situation étant très évocatrice d'une sclérose en plaques avec probablement une première poussée trois ans plus tôt ;

- un rapport du 26 novembre 2013 établi suite à une IRM et un CT-scan des orbites par les Drs T._____ et H._____, radiologues, concluant notamment à un méningiome en plaque avec un aspect extrêmement dense de l'os, à l'origine d'un discret rétrécissement des fissures orbitaires inférieure, supérieure et du canal optique ;

- un rapport du 9 décembre 2013 du Dr Z._____, ophtalmologue, considérant que l'IRM orbitaire de novembre 2013 montrait une image tout à fait compatible avec un ostéoméningiome de la grande aile du sphénoïde à droite expliquant la symptomatologie ophtalmologique (douleur dans la région préorbitaire droite) apparue quelques semaines plus tôt ;

- un rapport du 14 janvier 2014 du Dr U._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et phoniatrie, exposant que la patiente mentionnait depuis une semaine un trouble de l'équilibre et concluant à l'absence d'origine vestibulaire périphérique.

En date du 18 février 2014, une crâniotomie fronto-temporo-zygomatique droite a été réalisée pour exérèse de l'ostéoméningiome de la grande aile du sphénoïde.

Aux termes d'un rapport du 12 juin 2014, le Dr C._____ a posé les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de sclérose en plaques à forme rémittente depuis 2013 et de status après ablation d'un ostéoméningiome de la grande aile du sphénoïde droit le 18 février 2014. S'agissant des atteintes n'ayant pas d'impact sur la capacité de travail, il a

mentionné une strumectomie en 2012 et un état dépressivo-anxieux chronique. Le Dr C._____ a précisé que l'assurée se plaignait actuellement de céphalées frontales droites persistantes et d'une asthénie importante. Il a ajouté que le pronostic était bon concernant l'affection tumorale mais plus réservé pour ce qui était de la sclérose en plaques, l'IRM cérébrale du 30 août 2013 montrant de multiples lésions de démyélinisation sus et sous-tentorielles. Enfin, le Dr C._____ a exposé que l'incapacité de travail était totale depuis le 17 février 2014 et qu'il était trop tôt pour se prononcer sur l'exigibilité de l'activité exercée.

Dans un rapport du 14 juillet 2014, le Dr J._____, médecin assistant au Service de neurochirurgie du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier M._____), a considéré que le diagnostic d'ostéoméningiome de la grande aile du sphénoïde n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail.

Invité par l'OAI à décrire l'évolution médicale de la patiente, le Dr W._____ a relevé, par compte-rendu du 25 août 2014, que du point de vue de la sclérose en plaques, les myokimies initiales de la face n'étaient pas réapparues sous traitement régulier de Gylenia mais qu'en revanche, depuis quelques semaines, on observait une hypodysesthésie des membres supérieur et inférieur droits. Concernant les suites opératoires de l'intervention du 18 août [recte : février] 2014, le Dr W._____ a exposé qu'elles avaient été marquées par d'intenses céphalées fronto-temporales droites ne s'étant que partiellement atténuées, par un œdème à la hauteur de l'arcade zygomatique et de l'os malaire et par une anesthésie frontale droite ; en outre, une douleur de l'axe du chef sternal du sterno-clédo-mastoïdien était apparue depuis quelques semaines. Enfin, l'état dépressif persistait. Quant à la capacité de travail, elle était nulle depuis le 17 février 2014 - étant précisé que l'intéressée se plaignait d'une fatigue générale et n'avait pas repris son activité à la commune d' [...]. A ce compte-rendu était en particulier annexé un rapport du 4 août 2014 de la Dresse X._____, cheffe de clinique adjointe au Service de neurochirurgie du Centre hospitalier M._____, faisant état d'une évolution favorable suite à l'opération de

février 2014 et signalant des céphalées importantes - présentes déjà avant l'intervention - ne pouvaient être expliquées sur l'imagerie du jour.

Dans un rapport non daté indexé le 26 septembre 2014 par l'OAI, le Dr A._____, spécialiste en ophtalmologie, a mentionné la persistance d'importantes douleurs fronto-temporo-zygomatiques et orbitaires droites suite à l'exérèse du méningiome de la grande aile du sphénoïde droit. Il a précisé qu'après un bilan complet, il n'avait pas trouvé de cause ophtalmologique à la symptomatologie.

Sur mandat de l'OAI, l'assurée a fait l'objet d'une expertise réalisée par le Dr E._____, spécialiste en neurologie. Aux termes de son rapport d'expertise du 14 janvier 2015, ce dernier a retenu les diagnostics avec impact sur la capacité de travail d'état dépressif d'allure modérée à sévère, à évaluer sur le plan psychiatrique, et de sclérose en plaques avec syndrome de fatigue se combinant avec la fatigabilité associée à l'état dépressif. S'agissant des atteintes ne se répercutant pas sur la capacité de travail, l'expert a en particulier signalé de discrètes séquelles locales (dysesthésie trigéminal, léger œdème oculofacial) d'un méningiome de la grande aile du sphénoïde droit opéré. Pour le surplus, il a noté que l'assurée se plaignait de douleurs de la face droite après l'opération, de quelques troubles de l'équilibre, de troubles (diminution de la force, douleurs) au niveau des membres inférieurs et d'une fatigue générale. Il a par ailleurs notamment retenu ce qui suit :

"5. Appréciation du cas et pronostic

L'état clinique de la patiente est dominé par son état dépressif, sa fatigabilité, qui s'associe à des difficultés attentionnelles et dysexécutives au status cognitif. Si une partie de ce tableau neuropsychologique peut s'expliquer par la présence des lésions multiples de la substance blanche hémisphérique, l'état dépressif y est également pour une partie, que nous évaluerions à 50% pour chacune des deux parties. En revanche, les discrètes anomalies neurologiques secondaires à la sclérose en plaques (discrète altération l'oculomotricité, voire les petites anomalies relevées au status neurologique de base) restent sans effet fonctionnel significatif et n'entraînent pas de déficit spécifique qui pourrait avoir une répercussion sur une activité professionnelle. Dans le présent contexte, c'est essentiellement l'état dépressif et le syndrome de fatigue qui limitent les activités de la patiente, soit sous forme d'une

incapacité de travail à 50% touchant soit son ancienne activité professionnelle, soit ses activités ménagères, que l'on pourrait aussi exprimer par une diminution globale du rendement de l'ordre de 50% (combinaison de l'atteinte neurologique + psychiatrique dépressive).

La patiente n'ayant actuellement pas de traitement antidépresseur efficace (le Cipralex n'a pas l'air efficace chez elle), il serait d'une part adéquat de juger la répercussion exacte de l'état dépressif sur la capacité de travail, au plan psychiatrique, et de juger dans un deuxième temps la capacité de travail après correction de l'état dépressif.

Sur le plan strictement neurologique, l'impact de la sclérose en plaques sur une activité professionnelle ou ménagère ne dépasse pas 30%.

Le pronostic est sujet à caution en fonction d'éventuelles nouvelles poussées, en sachant cependant que sous Gilenya, il est peu probable d'observer une détérioration marquée et rapide sur le plan de la maladie neurologique. D'autres facteurs pronostics sont liés à l'évolution de la dépression, qui semble assez chronifiée dans le cas présent."

L'OAI a par la suite mis en œuvre une expertise auprès du Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 19 octobre 2016, l'expert a formulé les conclusions suivantes :

"III. DIAGNOSTICS

1. Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail

2. Diagnostics n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail

- Trouble anxieux et dépressif mixte léger (F41.2) secondaire aux diagnostics de méningiome et de sclérose en plaques.
- Personnalité dépendante (F60.7) non handicapantes chez l'assurée.

3. Interaction des diagnostics :

[...]

Signalons que cette assurée est née en Bosnie, elle est arrivée en fuyant la guerre en 1999 [sic] seuls, sa mère et ses tantes l'ont rejointe ici et c'est à ce moment-là qu'elle a appris que son père avait été tué lors du siège de Srebrenica.

[...]

Signalons qu'en 2013, une sclérose en plaques a été diagnostiquée et par la suite une tumeur et depuis lors, l'assurée dit avoir des douleurs qui l'empêchent de pratiquer les mêmes activités qu'auparavant.

Signalons aussi qu'en 2014 et lors de l'examen neurologique, un état dépressif a été diagnostiqué, l'assurée ayant bien récupéré puisqu'au moment de l'entretien (12.09.2016), il existe surtout une anxiété et une tristesse secondaires aux maladies et à la douleur et qui ne sont pas handicapantes chez l'assurée qui se plaint fondamentalement de fatigue et de douleurs à la tête.

[...]

VI. CAPACITÉ DE TRAVAIL

1. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

En l'absence d'atteinte à la santé du point de vue psychiatrique selon la LAI, cette assurée a toujours été capable de travailler à 100%.

2. Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assurée

Voir plus haut."

Reprenant les conclusions des experts E. _____ et B. _____, le Dr V. _____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a résumé la situation comme suit dans un rapport de synthèse du 8 novembre 2016 :

"Notre position : Le Dr E. _____ retenait 50% à l'époque du fait de l'atteinte dépressive et des résultats des ex. neuropsych. et seulement 30% sur le plan strictement neurologique. Nous estimons que cette amélioration remonterait à 6 mois au moins après les constatations du Dr E. _____, soit dès le printemps 2015, au 01.06.15. A partir de cette date, la CT est entière sur le plan psy., mais reste de 70% (IT 30%) sur le plan strictement neurologique.

Synthèse : l'IT durable est donc fixée au 17.02.14. L'IT est de 100% depuis, de 50% dès le 25.08.14, de 30% dès le 01.06.15. La CTAH et AA serait de 70% actuellement, sur le plan strictement neurologique. [...] »

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 11 janvier 2017. Dans son rapport du 26 janvier suivant, l'enquêtrice de l'AI a en particulier retenu un statut de 80 % active et 20 % ménagère, les empêchements ménagers étant estimés à 45,95 %.

En date du 2 février 2017, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité, considérant que l'intéressée présentait un degré d'invalidité de 39,20 % dès le mois d'août 2014 (soit 30 % pour la part active [80 % x 37,50 %] et 9,19 % pour la part ménagère [20 % x 45,95 %]) puis de 19,20 % à compter du mois de juin 2015 (soit 10 % pour la part active [80 % x 12,50 %] et 9,19 % pour la part ménagère [20 % x 45,95 %]) - taux insuffisants pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

L'assurée a contesté ce projet le 20 février 2017. Dans ce contexte a été produit un écrit du 17 février 2017 du Dr CC._____, médecin praticien et nouveau médecin traitant, évoquant de lourds antécédents médicaux réduisant la capacité de travail de l'intéressée et justifiant une rente AI. A également été produit un rapport du 1^{er} mars 2017 du Dr I._____, chef de clinique adjoint au Service de neurochirurgie du Centre hospitalier M._____, signalant un examen neurologique sans particularité mais relevant qu'une IRM cérébrale du 16 février 2017 avait montré une progression de la lésion dans le sinus sphénoïdal.

Le 6 avril 2017, l'assurée a bénéficié d'un traitement radioneuropsychologique par Gamma Knife (Couteau Gamma) pour une récurrence évolutive du méningiome en plaque sphénoïdal droit.

Répondant le 1^{er} mai 2017 à un questionnaire de l'OAI, le Dr O._____, chef de clinique adjoint au Service de neurochirurgie du Centre hospitalier M._____, a exposé que l'intervention d'avril 2017 avait été réalisée en ambulatoire et qu'il n'y avait pas de changement de la situation du point de vue de la capacité de travail, étant pour le surplus renvoyé à l'avis du médecin traitant. En annexe, figurait notamment un compte-rendu établi le 17 mars 2017 par le Prof. Y._____, chef du Service de neurochirurgie du Centre hospitalier M._____, précisant que la récurrence évolutive transosseuse au niveau du sinus sphénoïdal droit était encore d'une taille limitée, de sorte qu'un traitement de radiochirurgie par Gamma Knife était indiqué pour prévenir la poursuite de

la progression évolutive par irradiation stéréotaxique multifocale de la lésion.

Par avis médical SMR du 30 mai 2017, le Dr V._____ a estimé qu'il y avait lieu de s'en tenir aux conclusions formulées le 8 novembre 2016.

Par décision du 12 juillet 2017, l'OAI a confirmé son projet du 2 février précédent.

B. Aux termes d'un écrit du 19 juillet 2017 adressé à l'OAI, le Dr CC._____ a indiqué avoir revu la patiente en juin et avoir constaté qu'elle présentait une péjoration de son état dépressif accentué par des difficultés financières consécutives aux problèmes médicaux. Il s'est pour le surplus référé à un rapport établi le 26 mai 2017 par les Prof. Y._____ et Dr O._____, exposant en résumé que le traitement par Gamma Knife s'était déroulé sans problème.

Par avis médical SMR du 16 août 2017, le Dr V._____ s'en est tenu à ses conclusions antérieures, considérant que la situation demeurait inchangée.

Dans un certificat du 1^{er} septembre 2017 à l'attention de l'OAI, les Drs AA._____ et BB._____, respectivement médecin associé et médecin assistante à la Fondation de R._____, Secteur psychiatrique de [...], ont expliqué que l'assurée était suivie depuis le mois d'août 2017 pour un état dépressif sévère et que le tableau psychique constaté justifiait une incapacité totale de travail.

Par avis médical SMR du 24 octobre 2017, le Dr V._____ a considéré que le certificat susdit n'apportait pas d'éléments convaincants et qu'aucune incapacité de travail n'était à retenir. A cela s'ajoutait qu'il était peu plausible de voir apparaître, après l'expertise psychiatrique de 2016, un trouble majeur tel que celui évoqué.

Le 30 octobre 2017, les Drs AA._____ et BB._____ ont adressé à l'OAI un nouveau certificat en tous points identique au précédent.

C. En date du 13 février 2018, F._____ a déposé une nouvelle demande de prestations AI, invoquant la sclérose en plaques diagnostiquée en 2013, l'intervention neurochirurgicale pratiquée en 2014, ainsi que des troubles psychiatriques.

Par courrier du 16 février 2018, l'OAI a fait savoir à l'assurée que sa nouvelle demande ne pourrait être examinée que s'il était établi de façon plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Un délai de trente jours lui était dès lors imparti pour produire un rapport médical détaillé ou pour apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision, faute de quoi il serait considéré qu'elle n'avait pas rendu plausible la modification de son degré d'invalidité et une décision de non-entrée en matière lui serait notifiée.

Le 26 février 2018, le Dr CC._____ a adressé à l'OAI un compte-rendu signalant que l'assurée présentait un état dépressif important, des céphalées et vertiges persistants depuis la crâniotomie de 2014, ainsi qu'une asthénie en lien avec son traitement pour la dysthyroïdie ; quant à l'incapacité de travail, elle était évaluée à 100 %. En annexe, figuraient par ailleurs les pièces suivantes :

- un rapport du 15 novembre 2017 des Prof. Y._____ et Dr O._____, exposant qu'un bilan neuro-ophtalmologique avait montré une situation stable, que la dernière IRM cérébrale de contrôle (du 14 septembre 2017) avait mis en évidence une discrète augmentation de taille de la récurrence transosseuse du sinus sphénoïdal droit, qui pouvait être attendue à ce stade, et qu'il n'y avait pas de signes de complication post-radique ;

- un rapport du 18 décembre 2017 du Dr U._____, faisant état d'une récurrence de troubles de l'équilibre et concluant à un examen

vestibulaire clinique dans la norme, sans mise en évidence de cupulolithiase, mais suggérant néanmoins un bilan dentaire afin d'exclure une pathologie de l'arcade dentaire supérieure droite susceptible de venir potentialiser les douleurs ipsilatérales.

Par avis médical SMR du 14 mars 2018, le Dr V._____ a retenu que la situation demeurerait inchangée.

Par rapport du 20 mars 2018, les Drs AA._____ - devenu entre-temps médecin adjoint - et DD._____, médecin assistant à la Fondation de R._____, ont exposé ce qui suit :

"Nous suivons la patiente depuis août 2017 pour un trouble de l'humeur persistant.

Nous ne reviendrons pas sur les éléments anamnestiques [...].

Actuellement, le diagnostic retenu est :

- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques F33.3.
- Trouble de la personnalité dépendante F60.7.

La patiente présente un tableau de symptômes dépressifs de sévérité élevée, de durée prolongée et d'apparition tardive vers la 5e décennie. L'apparition du trouble en juillet 2017 est en lien avec des événements stressants survenus dans le premier semestre de 2017, notamment la récurrence d'une tumeur cérébrale réopérée en mai 2017 ainsi que la réponse négative sur sa demande de rente AI. Ces éléments orientent vers un trouble dépressif sévère.

La patiente présente un effondrement thymique, des pleurs, une tristesse incapacitante, un ralentissement psychomoteur et des idées de ruine. Elle verbalise des idées délirantes de persécution congruentes à l'humeur[,] au sujet du refus de l'OAI de reconnaître son invalidité.

Au quotidien, nous observons des difficultés dans l'organisation et la réalisation des tâches familiales et administratives.

Le traitement en cours consiste en un suivi TPPI avec des entretiens à la quinzaine, une médication psychotrope et un suivi à domicile par une infirmière en Santé mentale. [...]

Le degré d'incapacité de travail est à ce jour de 100%. Le pronostic est réservé."

Par avis médical SMR du 23 mars 2018, le Dr V._____ a considéré que les éléments invoqués dans le rapport susdit n'étaient pas

prouvés, que ce document n'était pas signé et que l'un des protagonistes était un assistant. Cela étant, le Dr V. _____ s'est déterminé comme suit :

*"Notre position : nous sommes très dubitatifs au vu de ce dossier car il manque beaucoup d'éléments médicaux pour en être sûr, et au vu de l'expertise précédente la chronologie d'un trouble dépressif récurrent n'est pas établie, un trouble de la personnalité ne pouvant apparaître aussi de novo chronologiquement après l'expertise du Dr B. _____, le 12.09.16. Veuillez noter que le traitement psychotrope n'est pas précisé, et que normalement un état délirant suggère une hospitalisation avant stabilisation, ce qui n'est pas le cas, **y compris une tutelle**. Veuillez noter aussi l'absence d'inaptitude à la conduire malgré la gravité des diagnostics. Finalement sur le fond, il n'existe pas d'éléments probants qui permettraient de conclure à la présence de troubles psychiatriques incapacitants et ceci à un degré suffisant de force probatoire, la vraisemblance prépondérante n'étant pas atteinte.*

Au total, nous en restons aux conclusions antérieures en considérant que la situation est inchangée. [...]"

En date du 4 mai 2018, l'OAI a établi un projet de décision dans le sens d'un refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée, faute de modification notable du point de vue de la situation médicale ou professionnelle. A cela s'ajoutait que l'application, au cas d'espèce, de la nouvelle méthode mixte d'évaluation de l'invalidité entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2018 ne modifiait pas le taux d'invalidité au point d'ouvrir le droit à la rente.

A teneur d'un écrit du 18 mai 2018, l'assurée a déclaré contester le projet précité.

Le 12 juin 2018, les Drs AA. _____ et DD. _____ ont adressé à l'OAI un rapport complémentaire signalant les diagnostics trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3), de probable anxiété généralisée (F41.1) et de personnalité dépendante (F60.7). Ils ont signalé une altération de la cognition, du jugement, de l'endurance et de l'affirmation de soi, ainsi qu'une inaptitude à établir et entretenir des relations. A titre de limitations fonctionnelles, ils ont mentionné des difficultés au niveau de la planification, de la structuration des tâches, des contacts/rerelations interpersonnels et de la

réalisation d'activités extraprofessionnelles. Enfin, ils ont évalué l'incapacité de travail à 100 %, celle-ci étant le résultat de la progressive perte de ressources personnelles de la patiente (physiques, psychiques et adaptatives) ainsi que de situations familiale et socioculturelle défavorables ; ils ont également évoqué un besoin de réparation consécutif aux pertes et préjudice à la santé physiques subis.

Par avis médical SMR du 28 juin 2018, le Dr V._____ a estimé que le rapport susdit ne modifiait pas les conclusions émises antérieurement.

Par décision du 2 août 2018, l'OAI a confirmé son projet précité, dont il a repris la motivation. Dans une lettre explicative du même jour, l'office a souligné que le rapport transmis n'apportait aucun élément susceptible de modifier sa position et qu'il s'agissait là, tout au plus, d'une appréciation différente d'une même situation pathologique.

D. Agissant par l'entremise de son conseil, F._____ a recouru le 10 septembre 2018 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complète et nouvelle décision. En substance, la recourante soutient que le fait qu'un état dépressif ait été identifié par le passé, puis nié suite à une amélioration de l'état de santé, ne s'oppose en rien à la réapparition de cet état par la suite. Elle souligne par ailleurs que quand bien même le médecin du SMR - sans être psychiatre - remet en question l'existence d'une personnalité dépendante, le Dr B._____ mentionnait néanmoins déjà une telle atteinte en octobre 2016. Elle fait de surcroît valoir que l'avis du SMR ne tient pas compte de son suivi psychiatrique, complété par une médication psychotrope et un suivi infirmier à domicile, alors même qu'elle n'avait pas besoin de ces soins au mois d'octobre 2016.

Dans sa réponse du 15 octobre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Aux termes de sa réplique du 6 novembre 2018, la recourante a persisté dans ses précédents motifs et 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 - compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA) - 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. Le litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par la recourante le 13 février 2018.

3. a) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement 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 l'assuré 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 l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans 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 l'assuré 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).

4. En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par la recourante le 13 février 2018. Le pouvoir d'examen de la Cour de céans est donc limité au point de savoir si l'intéressée, dans ses démarches auprès de l'OAI jusqu'à la date de la décision attaquée, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis la dernière décision entrée en force, rendue le 12 juillet 2017 par l'office intimé.

a) La décision du 12 juillet 2017 statuant sur la première demande de prestations de la recourante reposait essentiellement sur les rapports respectifs de l'expert neurologue E._____ (14 janvier 2015) et de l'expert psychiatre B._____ (19 octobre 2016). Sur le plan somatique, l'expert E._____ avait considéré que les discrètes séquelles du méningiome de la grande aile du sphénoïde droit n'étaient pas incapacitantes. Il avait en revanche retenu que le diagnostic de sclérose en plaques se répercutait sur la capacité de travail et engendrait une incapacité de travail de 30 % dans toute activité professionnelle ou ménagère. L'expert neurologue avait encore évoqué un état dépressif modéré à sévère dont l'interaction avec la problématique neurologique induisait une incapacité de travail globale de 50 %, respectivement une diminution globale de rendement de 50 % (cf. rapport d'expertise du 14 janvier 2015 pp 5 à 7). Procédant par la suite à une évaluation psychiatrique, l'expert B._____ avait considéré que l'assurée avait bien récupéré de l'état dépressif diagnostiqué par l'expert E._____ et qu'elle souffrait en définitive d'atteintes sans impact sur la capacité de travail, sous forme de trouble anxieux et dépressif mixte léger (F41.2), secondaire aux diagnostics de méningiome et de sclérose en plaques, et de personnalité dépendante (F60.7) non handicapante (cf. rapport d'expertise du 19 octobre 2016 p. 15).

Sur cette base, le SMR - et, corollairement, l'OAI - avait conclu à une incapacité de travail de 100 % dès le 17 février 2014, puis de 50 % dès le 25 août 2014 et enfin de 30 % depuis le 1^{er} juin 2015 (cf. avis du Dr V._____ du 8 novembre 2016), appréciation confirmée une fois réalisé le traitement radioneuropsychiatrique du 6 avril 2017 (cf. avis du Dr V._____ du 30 mai 2017).

b) Il est constant qu'entre le prononcé de la décision du 12 juillet 2017 et la fin de l'année 2017, divers rapports médicaux ont été transmis à l'OAI. Ces rapports n'ont, *stricto sensu*, pas été produits à l'appui de la nouvelle demande de prestations déposée le 13 février 2018. On peut néanmoins laisser ouverte la question de savoir si de tels documents devraient être pris en considération dans le présent contexte.

En tout état de cause, il apparaît en effet que les pièces concernées ne révèlent pas d'évolution significative du point de vue somatique (cf. rapport des Prof. Y._____ et O._____ du 26 mai 2017 et rapport du Dr CC._____ du 19 juillet 2017) et que, sur le plan psychiatrique, la mention d'une péjoration de l'état dépressif par le médecin praticien traitant (cf. rapport du Dr CC._____ du 19 juillet 2017) et l'annonce par les psychiatres de la Fondation de R._____ d'un suivi spécialisé depuis le mois d'août 2017 pour un état psychique sévère totalement incapacitant (cf. certificats des Drs AA._____ et BB._____), sans autre précision, s'avère insuffisant pour rendre plausible une détérioration notable de l'état de santé de la recourante.

c) Cela précisé, il reste à se pencher sur les rapports médicaux produits dans le cadre de la nouvelle demande de prestations introduite le 13 février 2018.

aa) Sur le plan somatique, le Dr CC._____ a signalé des céphalées et vertiges importants depuis la crâniotomie de 2014, ainsi qu'une asthénie en lien avec le traitement pour la dysthyroïdie (cf. rapport du 26 février 2018). Force est toutefois de constater que les céphalées (cf. rapport de la Dresse X._____ du 4 août 2014 p. 1 ; cf. rapport du Dr W._____ du 25 août 2014 p. 1 ; cf. rapport d'expertise du Dr B._____ du 19 octobre 2016 p. 16) et les troubles de l'équilibre (cf. rapport du Dr U._____ du 14 janvier 2014 ; cf. rapport d'expertise du Dr E._____ du 14 janvier 2015 p. 3) sont connus de longue date et ne sont donc pas évocateurs d'une évolution significative de l'état de santé. Quant à l'asthénie ou à la fatigue, elle a également été rapportée dans le cadre de la procédure antérieure (cf. rapports du Dr W._____ des 17 février 2014 p. 3 et 25 août 2014 p. 1 ; rapport du Dr C._____ du 12 juin 2014 p. 2 ; cf. rapport d'expertise du Dr E._____ du 14 janvier 2015 p. 3 et 5 ss ; cf. rapport d'expertise du Dr B._____ du 19 octobre 2016 p. 16). Cela étant, loin de rendre plausible la thèse d'une modification notable de l'état de santé, les éléments qui précèdent illustrent bien davantage des plaintes somatiques globalement inchangées.

Quant à la documentation médicale annexée au rapport susdit du Dr CC._____, elle ne permet pas d'arriver à un autre constat. En particulier, les Prof. Y._____ et Dr O._____ se sont référés à une situation stable au plan neuro-ophtalmologique et n'ont relevé aucun développement inattendu du point de vue radiologique ou post-radique (cf. rapport du 15 novembre 2017). Sous l'angle oto-rhino-laryngologique, le Dr U._____ n'a pas davantage évoqué d'évolution significative, concluant simplement à un examen vestibulaire dans la norme, comme il l'avait déjà fait précédemment en janvier 2014, et recommandant pour le surplus à l'assurée de faire un bilan dentaire pour exclure une pathologie de l'arcade dentaire supérieure droite (cf. rapport du 18 décembre 2017). Les observations médicales ainsi émises ne plaident donc manifestement pas dans le sens d'une modification importante de la santé physique susceptible de se répercuter du point de vue de la capacité de travail.

Au surplus, la recourante ne soutient d'ailleurs pas que son état de santé aurait notablement évolué sur le plan somatique.

bb) C'est sous l'angle psychiatrique que l'intéressée invoque une évolution significative depuis la décision du 12 juillet 2017.

A cet égard, la Cour de céans ne peut s'arrêter sur la seule mention par le Dr CC._____ d'un état dépressif important (cf. rapport du 26 février 2018), sans autre indication.

On ne saurait, en revanche, négliger les rapports établis les 20 mars et 12 juin 2018 par les spécialistes de la Fondation de R._____, retenant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3), de personnalité dépendante (F60.7) et de probable anxiété généralisée (F41.1). Ces médecins ont plus particulièrement relevé que l'apparition du trouble dépressif en juillet 2017 était - en partie - liée à la récurrence de la tumeur cérébrale opérée en mai [recte : 6 avril] 2017. Or, cette interaction entre l'évolution des atteintes somatique et la recrudescence des troubles psychiques avait déjà été évoquée précédemment dans le cadre de la

procédure initiale, le Dr W._____ ayant d'emblée signalé un état anxio-dépressif réactivé à chacune des atteintes somatiques (cf. rapport du 17 février 2014 p. 2) et l'expert B._____ ayant retenu l'existence d'une problématique anxieuse et thymique secondaire aux maladies et à la douleur (cf. rapport d'expertise du 19 octobre 2016 p. 16). Dès lors, une nouvelle décompensation dans les suites de la récurrence tumorale courant 2017 ne peut être écartée à ce stade. A cela s'ajoute que les spécialistes de la Fondation de R._____ ont décrit des symptômes autrement plus intenses que ceux retenus par l'expert B._____ : on relèvera notamment que si ce dernier évoquait en 2016 une « *humeur très légèrement dépressive* » (cf. rapport d'expertise du 19 octobre 2016 p. 12), les médecins de la Fondation de R._____ ont pour leur part retenu en 2018 un « *effondrement thymique* » (cf. rapport du 20 mars 2018 p. 1) ; dans le même sens, on peut également relever l'instauration d'une prise en charge psychiatrique dès le mois d'août 2017, alors même que la recourante n'était précédemment pas suivie sur le plan psychique (cf. rapport d'expertise du 19 octobre 2016 p. 17). Les psychiatres traitants ont par ailleurs signalé une progressive perte des ressources personnelles sur les plans physique, psychique et adaptatif (cf. rapport du 12 juin 2018 p. 2) – problématique qui n'avait jusqu'alors pas été rapportée et qui mérite (abstraction faite des facteurs psychosociaux ou socioculturels étrangers à la définition juridique de l'invalidité [cf. TF 8C_303/2018 du 26 novembre 2018 consid. 5.1 et les références citées]) d'être examinée à l'aune des nouveaux standards jurisprudentiels applicables à la procédure d'administration des preuves en matière de troubles psychosomatiques (ATF 141 V 281) et de maladies psychiques (ATF 143 V 409 et 143 V 418). A l'aune de l'ensemble de ces considérations, il faut donc admettre que les rapports des médecins de la Fondation de R._____ sont bel et bien évocateurs d'une détérioration de l'état de santé psychique et justifient par conséquent des mesures d'investigation.

Du reste, on ne saurait souscrire aux arguments soulevés par le Dr V._____, dans ses avis des 23 mars 2018 (p. 2) et 28 juin 2018 (p. 2), à l'encontre des rapports des psychiatres de la Fondation de R._____. Peu importe en particulier que ces rapports ne comportent qu'une

signature électronique et pas de signature manuscrite. En effet, il s'agit là d'un élément purement formel, qui ne permet aucunement de se positionner quant au contenu des rapports considérés ; on rappellera, du reste, que seul le contenu d'un rapport médical est déterminant pour juger de sa valeur probante (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C_453/2017 & 9C_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2) et non la manière - manuscrite ou électronique - dont il a été signé. Par ailleurs, s'il est vrai qu'un médecin assistant (le Dr DD._____) a participé à la rédaction des rapports litigieux, il n'en demeure pas moins que ceux-ci ont été établis en collaboration avec un psychiatre confirmé occupant le poste de médecin adjoint à la Fondation de R._____. (le Dr AA._____) - comme il est d'usage dans bon nombre d'établissements hospitaliers ; on peine dès lors à comprendre en quoi cet élément justifierait d'écarter les rapports en question. A cela s'ajoute que le Dr V._____ s'est contenté d'invoquer la précédente expertise du Dr B._____ pour affirmer qu'il ne pouvait y avoir chronologiquement de trouble dépressif récurrent ou de trouble de la personnalité. Force est toutefois de constater, d'une part, que la survenance d'une problématique dépressive à diverses périodes n'est pas inenvisageable et peut poser la question d'un trouble récurrent et, d'autre part, que le diagnostic de personnalité dépendante avait été posée par l'expert psychiatre en 2016 déjà. On notera également que les spécialistes de la Fondation de R._____ ont signalé des idées délirantes (cf. rapport du 20 mars 2018 p. 2), et pas un diagnostic d'état délirant comme indiqué à tort par le Dr V._____. En définitive, l'appréciation du médecin du SMR n'apparaît pas crédible et ne vient, en tous les cas, pas sérieusement ébranler les observations des psychiatres traitants.

De ce qui précède, il résulte que les rapports établis par les spécialistes de la Fondation de R._____ évoquent de manière plausible une aggravation de l'état de santé psychique, justifiant une plus ample analyse de la situation afin de déterminer si, et le cas échéant dans quelle mesure, l'évolution intervenue se répercute sur la capacité de travail de l'assurée.

d) Cela étant, c'est donc à tort que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante. Il y a donc lieu de lui renvoyer la cause afin qu'il entre en matière sur cette demande et, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), mette en œuvre les mesures d'instruction idoines.

5. a) En conclusion, le recours doit donc être admis et la décision de refus d'entrer en matière du 2 août 2018 annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée par la recourante le 13 février 2018 et procède à son instruction.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1^{bis}, première phrase, LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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

I. Le recours déposé le 10 septembre 2018 par F._____ est admis.

- II.** La décision rendue le 2 août 2018 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 déposée par F. _____ le 13 février 2018.

- 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.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à F. _____ une indemnité de 2'500 fr. (deux 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 Florence Bourqui (pour F. _____),
- 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 :