

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 février 2020

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Pasche, juge, et M. Berthoud, assesseur
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Me Marie Signori, avocate à Clarens,

et

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

Art. 87 RAI.

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1956, sans formation professionnelle, ayant œuvré en dernier lieu en qualité d'employée de maison, a chuté d'un toit le 19 août 2008 et s'est réceptionnée sur le dos. Les examens radiologiques entrepris dans ce contexte ont mis en évidence une hernie discale L5-S1 de localisation paramédiane droite associée à une discrète arthrose postérieure, ainsi qu'à une discrète discopathie dégénérative L4-L5. Le 23 février 2009, une hémilaminectomie L5-S1 droite et discectomie pour cure de hernie discale a été pratiquée.

En date du 17 mars 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant une hernie discale existant depuis l'accident subi le 18 [recte : 19] août 2008.

Par rapport du 5 mai 2009, le Dr G. _____, médecin généraliste traitant, a posé les diagnostics incapacitants de lombalgies chroniques, depuis juillet 2008, et de hernie discale L5-S1 paramédiane droite avec syndrome radiculaire S1 droit hyperlagique et dysesthésique et avec déficit réflexe, au moins depuis le 9 septembre 2008. A titre d'atteintes sans impact sur la capacité de travail, il a évoqué un diabète et une obésité cortico-induits depuis janvier 2009, ainsi qu'un trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive (F43.2) depuis novembre 2008. Le Dr G. _____ a encore fait état d'une entière incapacité de travail dans l'ancienne activité depuis le 9 septembre 2008 et a évoqué des limitations au niveau des déplacements sur de longues distances, du maintien de la même position, du port de charges, de la flexion du tronc et des escaliers. Le 9 septembre 2009, le Dr G. _____ a repris les diagnostics retenus précédemment, à ceci près qu'un syndrome radiculaire S1 droit résiduel paresthésique-dysesthésique était désormais évoqué. Il a ajouté que l'intéressée avait peu de chances de recouvrer une

capacité de travail complète dans le type d'activité effectué jusqu'alors mais qu'elle disposait d'une capacité de travail de probablement 40 à 50 % dans une activité adaptée, et ce depuis début septembre 2009. Il a pour le surplus décrit des restrictions affectant essentiellement les mêmes aspects que dans son précédent rapport. Enfin, le 4 janvier 2010, le Dr G._____ a en substance confirmé son appréciation, signalant en particulier des plaintes demeurant centrées sur des douleurs paresthésiques fulgurantes et un passage progressif vers la chronicité d'une situation séquellaire.

Le 3 mai 2010, l'assurée a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique réalisé par le Dr D._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR). Après avoir fait procéder à de nouveaux examens radiologiques (rapports des 5 mai et 4 juin 2010 de la Dre L._____, spécialiste en radiodiagnostic), le Dr D._____ s'est déterminé dans un rapport du 9 juin 2010. A titre d'atteintes se répercutant sur la capacité de travail, il a retenu des lombosciatalgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis, avec status après hémilaminectomie L5-S1 et discectomie pour cure de hernie discale L5-S1 et avec stabilisation dynamique par implant PDN solo ; il a en outre signalé une obésité, sans impact sur la capacité de travail. Pour le Dr D._____, la capacité de travail était nulle dans l'activité d'employée de maison polyvalente. En revanche, la capacité de travail demeurait complète dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire (*« nécessité de pouvoir alterner 2 fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges de plus de 10 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations. Pas de position debout de plus de 20 minutes, pas de marche supérieure à 20 minutes »*) et ce depuis le 23 août 2009, soit six mois après l'intervention chirurgicale lombaire.

Ces conclusions ont été reprises dans un rapport d'examen du Dr J._____, du SMR, le 30 juin 2010.

En date du 11 octobre 2010, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité. En substance, l'office a considéré que l'intéressée présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle mais qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles demeurerait entièrement exigible. Cela étant, l'OAI a arrêté le taux d'invalidité de l'assurée à 10,30% - soit un taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente AI.

L'assurée a contesté ce projet le 28 octobre 2010.

Le 16 février 2011, le Dr P._____, nouveau médecin généraliste traitant de l'assurée, a informé l'OAI qu'il avait adressé l'intéressée au Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Décrivant notamment une symptomatologie sous forme de douleurs brûlantes au moindre mouvement de jour comme de nuit, le Dr X._____ avait à son tour adressé la patiente au Prof. M._____, spécialiste en anesthésiologie, (rapport du 27 octobre 2010). Relevant des signes compatibles avec une atteinte de la racine S1 à droite, le Prof. M._____ avait posé l'indication à une stimulation médullaire (rapport du 17 janvier 2011).

Nantis de ces éléments, les Drs C._____ et V._____, du SMR, ont considéré dans un avis du 3 mars 2011 qu'il n'y avait pas lieu de modifier la position dudit service.

Aux termes d'un compte-rendu du 13 avril 2011 adressé à l'OAI, le Prof. M._____ a relevé que l'assurée souffrait d'une radiculopathie touchant essentiellement la racine S1 à droite, que le pronostic d'une récupération était à considérer comme inexistant, que le traitement mis en route - soit une stimulation médullaire - devrait être suivi à vie et que les séquelles de la hernie discale étaient à considérer comme un empêchement à l'exercice d'un travail normal. En annexe figurait notamment un rapport du même jour adressé par le Prof. M._____ au Dr X._____, exposant que des tests pharmacologiques

avaient démontré qu'une partie importante des douleurs provenait de la lésion radiculaire S1 à droite, qu'un stimulateur externe avait été installé le 11 mars 2011, que cet appareillage avait apporté une analgésie dépassant largement 50 % mais dépendant très fortement de la position de l'assurée, qu'un stimulateur de type Itrel III avait été implanté le 1^{er} avril 2011 et que l'efficacité observée pendant les trois semaines de test persistait.

Par décision du 4 août 2011, l'OAI a confirmé son projet du 11 octobre 2010.

B. Le 2 septembre 2011, l'assurée a déféré l'affaire devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Dans ce contexte, ont notamment été produits :

- un rapport du Dr G. _____ du 6 octobre 2011, précisant être sans nouvelles de l'assurée depuis juin 2010 et confirmant l'incapacité à reprendre une activité professionnelle puisque même la position assise sans effort n'était décrite comme supportable que quelques minutes ;

- un rapport du Dr P. _____ du 17 octobre 2011, énumérant les troubles somatiques affectant l'assurée et estimant douteux l'exercice d'une activité professionnelle à pleine capacité.

A la suite d'une audience de jugement tenue le 4 février 2013, la juridiction cantonale, par arrêt du même jour (CASSO 232/11 - 19/2013), a rejeté le recours de l'assurée et confirmé la décision de l'OAI du 4 août 2011. En résumé, la Cour a reconnu pleine valeur probante au rapport d'examen clinique rhumatologique du Dr D. _____ du 9 juin 2010, la pose d'un stimulateur médullaire le 1^{er} avril 2011 s'étant par ailleurs avérée bénéfique. Le Tribunal a en outre estimé qu'il n'y avait pas lieu d'investiguer l'aspect psychique, le Dr G. _____ ayant évoqué à cet égard des atteintes dépourvues d'influence sur la capacité de travail et aucun indice au dossier ne plaidant du reste dans le sens de troubles psychiques incapacitants susceptibles de mériter de plus amples mesures

d'instruction. Cela étant, la juridiction cantonale a retenu que le taux d'invalidité - calculé par l'OAI de manière favorable à l'assurée - était largement inférieur au seuil prévu par la loi pour ouvrir le droit à une rente, de sorte que l'office était fondé à refuser l'octroi d'une telle prestation.

Saisi d'un recours de l'assurée à l'encontre de l'arrêt susdit, le Tribunal fédéral l'a rejeté en date du 10 septembre 2013 (TF 9C_227/2013).

C. Le 24 juin 2015, sous la plume de son conseil Me Jean-Michel Duc, l'assurée a une nouvelle fois sollicité des prestations d'assurance, au motif d'une aggravation de son état de santé. Elle s'est également prévalu du changement de jurisprudence résultant de l'arrêt rendu le 3 juin 2015 par le Tribunal fédéral, instaurant une procédure probatoire structurée à l'égard des affections psychosomatiques.

Par correspondance du 21 juillet 2015, l'OAI a fait savoir à l'assuré que la nouvelle jurisprudence ne constituait pas un motif pour revenir sur une décision entrée en force. Relevant par ailleurs qu'une nouvelle demande ne pouvait être examinée que si une modification du taux d'invalidité était rendue plausible, l'office a imparti à l'intéressée un délai de trente jours 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.

Ayant obtenu une prolongation du délai susdit, l'assurée, par courrier du 28 septembre 2015, a invité l'office à statuer sur sa nouvelle demande, subsidiairement à mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique), compte tenu d'un rapport du 14 septembre 2015 du Dr W._____, médecin praticien et nouveau médecin traitant. Ce rapport rappelait que l'accident subi en 2008 avait entraîné une symptomatologie douloureuse (sciatalgies, lombalgies, dorsalgies et

cervicalgies), ayant débouché sur une discectomie avec implantation d'une prothèse discale en février 2009 puis l'implantation d'un neurostimulateur médullaire en avril 2011, et décrivait l'évolution suivante :

"[...]

5/ Malgré les progrès réalisés grâce à l'implantation de ce neurostimulateur, l'intensité des douleurs a progressé depuis décembre 2012, nécessitant une nouvelle augmentation de posologie des antalgiques. Parallèlement, en raison de la permanence des douleurs, un syndrome dépressif réactionnel s'est installé, nécessitant le recours régulier à des cures d'antidépresseurs. La perte d'autonomie résultant des douleurs permanentes et de la paralysie partielle séquellaire du nerf sciatique, ainsi que les effets indésirables de certains médicaments antalgiques et antidépresseurs, ont conduit à une prise de poids de 10 Kilos depuis 2011. La plupart des traitements médicamenteux ont été suivis d'effets indésirables, nécessitant ainsi de multiples changements. Depuis décembre 2012, l'évolution des troubles est marquée par des poussées douloureuses nocturnes générant d'importants troubles du sommeil. Les poussées douloureuses se caractérisent par des élancements à type de « coups de couteau » le long du trajet sciatique, soit dans tout le membre inférieur, avec contractures musculaires (équivalentes à des crampes incontrôlables et hyperalgiques). La patiente est obligée lors de ces crises de modifier le niveau d'efficacité de son neurostimulateur grâce à sa télécommande, mais le soulagement est très relatif malgré cette mesure.

6/ En raison des éléments précédemment exposés, la patiente est incapable de toute activité professionnelle : son taux d'incapacité est de 100% dans toute activité professionnelle, même adaptés, depuis décembre 2012. Malgré les multiples tentatives thérapeutiques, le traitement en cours ne semble pas pouvoir être amélioré, laissant donc des douleurs résiduelles très vives et imprévisibles, et peu accessibles à des antalgiques pris en réserve lors des poussées.

7/ Le pronostic est malheureusement une chronicité de tous les troubles exposés, avec le même niveau de douleur et une incapacité fonctionnelle totale définitive, les lésions séquellaires du nerf sciatique étant fixées depuis des années et aucun traitement ne permettant en l'état actuel des connaissances médicales de « cicatriser » ou « réparer » ces lésions liées à la compression prolongée du nerf dans les mois qui se sont écoulés entre l'accident (et donc le début de la compression du nerf par la hernie discale) et l'intervention décompressive réalisée en février 2009 [...]"

Par questionnaire complété le 22 octobre 2015, l'assurée a formellement déposé une nouvelle demande de prestations, renvoyant au rapport précité du Dr W._____.

Par avis du 3 mai 2016, les Drs Z._____ et A._____, du SMR, ont conclu à une aggravation de l'état de santé avec des douleurs décrites comme incapacitantes, malgré la pose d'un neurostimulateur, et l'évocation de lésions séquellaires du nerf sciatique ; s'y ajoutait un diagnostic nouveau de syndrome dépressif. Ils ont par conséquent préconisé d'interroger les différents intervenants médicaux.

Aux termes d'un compte-rendu du 27 mai 2016, le Prof. M._____ a indiqué avoir brièvement vu l'assurée quelques semaines auparavant, pour la première fois depuis cinq ans, afin de changer la pile de son stimulateur médullaire. Pour le surplus, il s'est déclaré dans l'impossibilité de pouvoir renseigner l'OAI.

Après plusieurs sollicitations de l'OAI et de l'assurée entre mai 2016 et avril 2018, le Dr W._____ a finalement fait part de ses observations dans un rapport du 20 avril 2018 libellé « *Rapport médical somatique* ». Il a retenu les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de lombalgies chroniques post-chute en août 2008 et de status post hernie discale avec prothèse discale L5-S1 en février 2009. En guise d'atteinte sans impact sur la capacité de travail, il a mentionné un diabète cortico-induit. Ledit médecin a indiqué suivre l'assurée depuis le 14 décembre 2012 et, concernant la médication, a signalé la prescription de Sifrol 0,125mg (0 - 0 - 0 - 1), Tramal en gouttes (20 - 20 - 20 - 25), Dafalgan 1g, Becozym forte et Tardyferon. S'agissant de ses constatations médicales, le Dr W._____ a mentionné des plaintes lombalgiques et irradiations névralgiques dans les membres inférieurs malgré la présence du stimulateur médullaire, avec des séquelles permanentes en lien avec les lésions radiculaires dues à la persistance de la hernie discale plusieurs mois avant la cure chirurgicale. Il a ajouté que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et de 50 à 60 % dans une activité adaptée. Au chapitre des limitations fonctionnelles, le Dr W._____ a précisé que le port de charges était limité à 5kg, que les restrictions étaient sévères pour la station debout et les escaliers et que des postures variées étaient nécessaires. En annexe à ce compte-rendu

figurait un rapport d'IRM lombaire du 14 décembre 2010 du radiologue Y. _____ constatant l'absence de signe de récurrence herniaire et observant une fibrose épidurale antérolatérale droite avec artéfacts métalliques post-opératoires ; en outre, dans un rapport du 27 mai 2016, le Prof. M. _____ exposait que la batterie de la stimulation médullaire avait été changée le 6 mai 2016 et que la situation était jugée comme très satisfaisante.

Par avis médical SMR du 1^{er} mai 2018, la Dre A. _____ a expliqué qu'aucun élément nouveau ne résultait du rapport susmentionné du Dr W. _____. D'une part, le syndrome radiculaire résiduel séquellaire comme la pose d'un stimulateur médullaire étaient déjà connus avant la décision de refus de prestations du 4 août 2011. D'autre part, le Dr W. _____ ne faisait plus mention d'un syndrome dépressif et le traitement décrit ne comportait pas d'antidépresseur. Enfin, l'exigibilité d'une activité adaptée, considérée comme nulle en 2015, était désormais évaluée à 60 % - ce qui allait à l'encontre d'une aggravation. Dans ces conditions, la Dre A. _____ a conclu à l'absence d'arguments nouveaux pour admettre une aggravation des atteintes existantes ou une nouvelle atteinte incapacitante, l'appréciation émise dans le rapport d'examen du 30 juin 2010 demeurant donc valable.

En date du 15 mai 2018, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. L'office a retenu que les investigations médicales entreprises avaient permis d'établir que, tout comme lors de la première décision, l'incapacité de travail de l'intéressée était totale dans l'activité exercée précédemment comme employée de maison mais que, en revanche, la capacité de travail était de 100 % dans une activité respectant les limitations fonctionnelles et ce depuis le 23 août 2009. Cela étant, l'OAI a estimé que les conclusions de la décision du 4 août 2011 restaient pleinement valables. S'agissant plus particulièrement du droit aux mesures professionnelles, l'office a relevé que l'assurée ne pouvait y prétendre faute de manque à gagner durable de 20 % au moins.

Par acte du 15 juin 2018, l'assurée, désormais représentée par Me Marie Signori, a fait part de ses objections à l'encontre du projet précité. Elle a argué que l'instruction n'était pas complète et qu'il y avait lieu de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire couvrant les aspects rhumatologique, psychiatrique et orthopédique. Par courrier complémentaire du 16 juillet 2018, l'intéressée a fait valoir qu'il y avait lieu de reconnaître pleine valeur probante au rapport du Dr W._____ du 14 septembre 2015. Elle a par ailleurs allégué que les rapports de ce médecin des 14 septembre 2015 et 20 avril 2018 étaient contradictoires (s'agissant de l'exigibilité et de l'aspect psychique), ce qui justifiait la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire.

Par décision du 5 décembre 2018, l'OAI a maintenu son projet du 15 mai précédent. Aux termes d'un courrier explicatif du même jour, l'office a réfuté les objections de l'assurée.

D. Agissant par l'entremise de son conseil, B._____ a recouru le 21 janvier 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à sa réforme et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 24 juin 2014, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. La recourante a préalablement sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire. Elle a en outre requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et la tenue d'une audience de débats publics. Sous l'angle procédural, l'intéressée a invoqué un défaut de motivation dans la mesure où la décision attaquée ne comportait aucune comparaison des revenus avec et sans invalidité. Sur le fond, elle a maintenu les arguments développés dans ses précédentes écritures.

Par décision du 25 février 2019, la juge instructrice a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 21 janvier 2019 et l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Marie Signori.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 26 mars 2019.

Par acte du 25 juillet 2019, la recourante a sollicité la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique au regard d'un compte-rendu du 9 juillet 2019 du Dr W. _____ à l'OAI, libellé comme suit :

"Je me permets de revenir sur le dossier de la patiente précitée pour vous préciser que, nonobstant mon dernier rapport [...] portant sur les limitations somatiques de Madame B. _____, les conclusions de mon rapport précédent portant sur son incapacité psychique sont toujours d'actualité et qu'il existe même une péjoration qui va bientôt nécessiter une prise en charge spécialisée par un Confrère psychiatre, mes capacités de médecin de premier recours n'étant plus suffisantes pour assumer ce suivi. L'incapacité sur le plan psychiatrique de Madame B. _____ est donc toujours entière et permanente."

Par ordonnance du 9 août 2019, la juge instructrice a fixé à la partie recourante un délai au 6 septembre 2019 pour confirmer sa requête de débats publics – faute de quoi il serait passé au jugement en temps voulu – et produire la liste des opérations de son conseil. Seule la liste des opérations a été produite, le 19 août 2019.

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 judiciaires (art. 38 al. 4 let. c 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. Est en l'espèce litigieux le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, des suites de la nouvelle demande de prestations introduite le 24 juin 2015.

3. Dans la mesure où la recourante invoque un vice de procédure, singulièrement une violation du droit d'être entendu sous la forme d'un défaut de motivation, la Cour de céans examinera en priorité ce grief. En effet, de nature formelle, le droit d'être entendu est une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 143 IV 380 consid. 1.4.1).

a) Le droit d'être entendu inscrit à l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit d'obtenir une décision motivée permettant à son destinataire ou à toutes personnes intéressées de la comprendre et de l'attaquer utilement, ainsi qu'à l'instance de recours d'exercer pleinement son contrôle si nécessaire (ATF 134 I 83 consid. 4.1 et les références, ATF 129 I 232 consid. 3.2 p. 236 ; TF 9C_669/2013 du 4 décembre 2013 consid. 3.2 ; voir également art. 49 al. 3 LPGA). Pour répondre à ces exigences, le juge ou l'administration doivent mentionner, au moins brièvement, les motifs qui les ont guidés et sur lesquels ils ont fondé leur décision. Ils n'ont toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peuvent au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 134 I 83 consid. 4 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2.1 et les références citées).

b) En l'occurrence, la recourante reproche à l'intimé de ne pas avoir procédé à la comparaison des revenus avec et sans invalidité dans le cadre de la décision attaquée (cf. mémoire de recours du 21 janvier 2019 p. 4 s.).

Force est toutefois de souligner qu'aux termes de la décision attaquée du 5 décembre 2018, l'OAI a considéré que la situation de l'assurée n'avait connu aucune évolution et qu'il y avait ainsi lieu de s'en tenir aux considérations de la précédente décision du 4 août 2011. En d'autres termes, l'office intimé a retenu qu'il n'y avait pas lieu à effectuer un nouveau calcul du préjudice économique, puisque celui-ci était demeuré inchangé. Ainsi, dans la mesure où il porte au final sur le résultat de l'appréciation des preuves, le grief tiré d'une violation du droit d'être entendu se confond ici avec celui d'une constatation manifestement inexacte des faits pertinents, que la recourante soulève également. Ce grief sera donc examiné avec le fond du litige.

4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Constitue une incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle 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 si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

Par ailleurs, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (art. 8 al. 1 let. a et b LAI). Les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (art. 8 al. 3 let. b LAI). L'art. 17 al. 1 LAI prévoit plus spécifiquement que l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3).

b) Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]), elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré, par analogie à ce qui prévaut en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1). Cela revient plus précisément à examiner, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose 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 la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; 130 V 71 consid. 3.2). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; TF 8C_339/2017 du 1^{er} février 2018 consid. 3 et les références citées).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (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).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le

tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 24 juin 2015 par la recourante. Il convient dès lors d'examiner si l'état de santé de cette dernière s'est modifié depuis la décision de refus de rente d'invalidité du 4 août 2011 (dont on rappellera qu'elle est entrée en force après avoir été confirmée par arrêt cantonal du 4 février 2013, lui-même entériné le 10 septembre 2013 par le Tribunal fédéral), dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi de prestations d'assurance.

a) Sur le plan somatique, il a été reconnu, à l'issue de la procédure antérieure, que l'assurée présentait des lombosciatalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis, avec une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et une pleine exigibilité dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Dans le cadre de la nouvelle demande ici litigieuse, le Dr W._____ a tout d'abord mentionné une progression des douleurs depuis le mois de décembre 2012 qui, combinée à une paralysie partielle séquellaire du nerf sciatique, avait engendré une perte d'autonomie ; l'évolution était également marquée par des poussées douloureuses nocturnes générant d'importants troubles du sommeil. Pour le Dr W._____, il en résultait une incapacité totale de travail dans toute activité. Le pronostic tendait à une chronicité des troubles, avec le même niveau de douleur et une incapacité fonctionnelle totale définitive, les lésions séquellaires du nerf sciatique étant fixées depuis des années sans perspective de traitement (cf. rapport du 14 septembre 2015). Ultérieurement, ce même médecin a signalé la persistance de plaintes lombalgiques et d'irradiations névralgiques dans les membres inférieurs malgré la présence du stimulateur médullaire, avec des séquelles

permanentes en lien avec les lésions radiculaires. Il a également fait état d'une capacité de travail nulle dans l'activité antérieure et de 50 à 60 % dans une activité adaptée (cf. rapport du 20 avril 2018).

A l'instar de l'office intimé, la Cour de céans ne voit pas en quoi de telles observations seraient révélatrices d'une modification significative de l'état de santé physique de la recourante. Comme l'a en effet relevé la Dre A. _____ (cf. avis SMR du 1^{er} mai 2018), le syndrome radiculaire résiduel séquellaire était déjà connu lors de la procédure antérieure (cf. rapports du Dr G. _____ des 9 septembre 2009 et 4 janvier 2010 ; cf. également rapports du Prof. M. _____ des 17 janvier et 13 avril 2011), tout comme la pose d'un stimulateur médullaire (cf. rapports précités du Prof. M. _____ et avis médical SMR du 3 mars 2011 des Drs C. _____ et V. _____). Force est par ailleurs de constater que le Dr W. _____ a axé l'essentiel de son analyse sur les plaintes - par définition subjectives - de l'assurée, sans fournir d'indication médicale objective permettant de corréliser l'aggravation rapportée depuis le mois de décembre 2012 (soit au début de sa prise en charge) à une modification concrète des atteintes somatiques. Rien dans les documents médicaux produits par le Dr W. _____ ne témoigne en outre d'une potentielle dégradation depuis la décision du 4 février 2011 : d'une part, le rapport d'IRM lombaire du Dr Y. _____ du 14 décembre 2010 se rapporte à la période déjà comprise dans cette décision et, d'autre part, le compte-rendu du Prof. M. _____ du 27 mai 2016 évoque une situation postérieure jugée très satisfaisante. Enfin, l'appréciation du Dr W. _____ convainc d'autant que moins que ce médecin, bien qu'évoquant des atteintes superposables dans ses rapports des 14 septembre 2015 et 20 avril 2018, a initialement considéré la capacité résiduelle de travail comme nulle (cf. rapport du 14 septembre 2015) pour finalement l'estimer entre 50 et 60 % (cf. rapport du 20 avril 2018), sans avancer la moindre explication sur le plan médical.

Il découle de ce qui précède que l'appréciation du médecin traitant ne contient aucun élément pertinent susceptible d'étayer une détérioration notable de l'état de santé physique de la recourante. Dans

ces conditions, c'est à juste titre que l'OAI a retenu, aux termes de la décision attaquée, que la situation n'avait pas connu d'évolution significative sous l'angle somatique.

b) Sur le plan psychique, il est constant qu'aucune atteinte incapacitante à la santé n'a été retenue dans le cadre de la procédure antérieure.

A l'appui de sa nouvelle demande, l'assurée s'est dans un premier temps prévalu de la jurisprudence fédérale instaurée le 3 juin 2015, selon laquelle les affections psychosomatiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 141 V 281), jurisprudence ultérieurement étendue aux affections psychiques (ATF 143 V 409 et 418). C'est toutefois oublier que cette jurisprudence ne constitue pas en soi un motif de nouvelle demande ou de révision (ATF 141 V 585 consid. 5). On ajoutera, par surabondance, que cette nouvelle jurisprudence présuppose un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6) - ce qui fait précisément défaut dans le cas d'espèce.

En l'occurrence, il apparaît certes que, dans son rapport du 14 septembre 2015, le Dr W._____ a évoqué l'installation d'un syndrome dépressif réactionnel aux douleurs permanentes, nécessitant le recours régulier à des cures d'antidépresseurs. Dans son rapport du 20 avril 2018, ce médecin n'a cependant plus fait mention d'aucun élément relevant de la sphère psychique. Puis, dans un compte-rendu du 9 juillet 2019 produit devant la juridiction de céans, le Dr W._____ a expliqué que le rapport du 20 avril 2018 ne portait que sur les limitations somatiques et que le rapport du 14 septembre 2015 conservait toute sa pertinence pour l'aspect psychique, avec une incapacité toujours entière et permanente.

Cette appréciation ne saurait toutefois emporter la conviction de la Cour de céans. Tout d'abord, force est de constater que le Dr W._____ s'est contenté d'affirmer péremptoirement l'existence d'un

syndrome dépressif, sans fournir la moindre motivation sur le sujet. Ses assertions sont donc dépourvues de base objective comme d'une réelle analyse du cas. Du reste, il y a lieu de relever que le Dr W. _____ n'est pas psychiatre mais médecin praticien - soit un titre permettant aux médecins ayant obtenu un titre de spécialiste en médecine générale dans un Etat membre de l'Union européenne de se voir délivrer une autorisation cantonale d'exercer (cf. <https://bullmed.ch/article/doi/bms.2018.06494>). Son évaluation de l'état de santé psychique de la recourante ne saurait donc équivaloir à un avis spécialisé en la matière. Enfin, il convient de souligner que si le questionnaire médical rempli le 20 avril 2018 était certes intitulé « *Rapport médical somatique* » en tant qu'il était adressé à un médecin somaticien, rien n'empêchait pour autant le Dr W. _____ d'y inclure d'éventuels éléments d'ordre psychique qu'il aurait pu observer en sa qualité de médecin traitant assumant la prise en charge de l'assurée depuis plusieurs années - que ce soit quant aux diagnostics, aux constats cliniques, à la médication ou à la capacité de travail. On rappellera, au surplus, que l'évocation d'une composante psychique n'est pas nouvelle puisque le Dr G. _____ avait déjà signalé un trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive lors de la procédure antérieure, sans toutefois prêter une nature incapacitante à ce diagnostic (cf. rapports des 5 mai 2009, 9 septembre 2009 et 4 janvier 2010). A l'époque, ce médecin avait plus particulièrement souligné l'utilité d'une médication anxiolytique/antidépressive, à laquelle la recourante semblait toutefois peu réceptive (cf. rapport du 5 mai 2009 p. 3) ; le seul fait que l'intéressée ait entre-temps changé d'attitude et entrepris des cures d'antidépresseurs (cf. rapport du Dr W. _____ du 14 septembre 2015) n'est dès lors pas significatif. Tenant compte de l'ensemble de ces considérations, la Cour de céans ne peut donc que réfuter toute modification importante de la situation, appréhendée au degré de la vraisemblance prépondérante prévalant en matière d'assurances sociales (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

C'est ici le lieu de préciser que la Cour de céans n'a pas à se pencher sur la péjoration des troubles psychiques et la prochaine mise en œuvre d'un suivi spécialisé mentionnées le 9 juillet 2019 par le

Dr W._____. En effet, le cadre temporel de l'examen du juge est défini par la date de la décision administrative (voir notamment TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 4 avec la jurisprudence citée), soit en l'occurrence le 5 décembre 2018. La période postérieure échappe, quant à elle, au pouvoir d'examen de la Cour de céans et pourra, tout au plus, faire l'objet cas échéant d'une nouvelle demande dûment motivée.

Il apparaît par conséquent, sur le vu de ce qui précède, que l'OAI était à l'évidence fondé à ne retenir aucune évolution de l'état de santé psychique de la recourante depuis la décision de refus de prestations du 4 août 2011.

c) En définitive, faute d'évolution notable de l'état de santé de la recourante et en l'absence du moindre élément évoquant une modification significative sur le plan économique, l'office intimé était manifestement légitimé à renvoyer au calcul de la perte de gain résultant de la décision du 4 août 2011 -arrêtant le taux d'invalidité à 10,30 % - et, sur cette base, à rejeter la nouvelle demande de prestations du 24 juin 2015, compte tenu d'un taux d'invalidité largement inférieur au seuil prévu pour l'octroi d'une rente d'invalidité ou d'une mesure de reclassement.

6. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, on ne voit pas en quoi d'autres mesures d'instruction (expertise pluridisciplinaire [cf. mémoire de recours du 21 janvier 2019 p. 16]) seraient de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et 134 I 140 consid. 5.2 avec les références citées).

La recourante, bien que dûment interpellée (cf. avis de la juge instructrice du 9 août 2019), n'a en outre pas confirmé sa requête de débats publics, ce dont il y a lieu de prendre acte.

7. a) Vu ce qui précède, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, la décision querellée étant confirmée.

b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que la recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et art. 61 let. g LPGa).

c) La recourante a par ailleurs obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Marie Signori (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD), laquelle a produit sa liste des opérations le 19 août 2019. Ces opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Signori est arrêtée à 2'018 fr. 60, débours et TVA compris.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait

qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 5 décembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Marie Signori, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'018 fr. 60 (deux mille dix-huit francs et soixante centimes), débours et TVA compris.
- VI.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Marie Signori (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :