

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 mars 2021

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Durussel, juge et Gabellon, assesseure
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

D._____, à M._____, recourante, représentée par Me Didier Kvicinsky,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 17 al. 1 et 53 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. a) Au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'employée de bureau obtenu en 1988, D._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1967, travaillait depuis le 1^{er} avril 2000 en tant qu'aide-infirmière dans un établissement médico-social à P._____.

Souffrant d'une coxarthrose bilatérale, D._____ a déposé, en date du 26 juin 2006, 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'office AI ou l'intimé).

Le 7 septembre 2006, l'assurée a subi une arthroplastie totale de la hanche droite.

Sur la base des renseignements médicaux recueillis, le Dr G._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a souligné les éléments suivants (rapport du 2 juillet 2007) :

Assurée âgée de 40 ans, présentant une coxarthrose D invalidante ayant bénéficié d'un traitement par PTH au mois de septembre 2006. L'évolution sur le plan médical est favorable avec une tentative de reprise d'activité professionnelle dans son activité habituelle (aide-soignante) à un taux de 50 % à la mi-juin 2007. En raison de la réapparition de fortes douleurs au niveau de la hanche avec des limitations fonctionnelles secondaires dans le cadre de son activité à forte charge physique, l'assurée a été remise en incapacité de travail totale à partir du 28.01.07. L'activité habituelle d'aide-soignante est formellement contre indiquée au vu de l'intervention chirurgicale qu'elle a subie, et des diagnostics de spondylolisthésis et de syndrome fémoro-rotulien qu'elle présente. Dans une telle activité, la situation ne peut que se dégrader rapidement. Par ailleurs, vu le jeune âge de l'assurée, il est tout à fait vraisemblable qu'elle nécessite des changements de prothèses avant son arrivée en âge d'AVS. De ce fait, les activités à forte charge physique sont contre indiquées parce qu'elles permettent une usure précoce avec décèlement de la prothèse.

Une activité adaptée, de type sédentaire (employée de bureau) est théoriquement possible à un taux de 100 % sans diminution de rendement (formation de base de l'assurée).

Une telle activité est théoriquement possible à partir du 15.01.07 à un taux de 50 % dans un premier temps sur une période d'environ un mois, le temps de la réadaptation puis à un taux de 100 %.

Par communication du 18 décembre 2007, l'office AI a annoncé à D._____ l'octroi de mesures professionnelles sous la forme d'une formation de secrétaire médicale auprès de l'Ecole O._____ à F._____ du 15 janvier au 30 juin 2008. L'assurée ayant réussi sa formation théorique de secrétaire médicale, elle a débuté la formation pratique le 1^{er} septembre 2008 (rapport intermédiaire du 4 juillet 2008).

Le 14 décembre 2008, l'assurée a interrompu sa formation pratique dans le secrétariat médical à l'Hôpital S._____ en raison de difficultés dans le français écrit. L'office AI a pris en charge des cours de mise à niveau en français du 12 janvier au 12 février 2009, qu'il a prolongés jusqu'au 7 mai 2009 (cf. communications des 7 janvier, 13 février, 24 mars et 7 avril 2009).

Le 15 février 2010, D._____ a débuté un stage pratique de secrétaire médicale à 80 % auprès de la Clinique C._____ à V._____. Initialement prévue jusqu'au 15 juillet 2010, cette mesure a été interrompue en date du 16 mars 2010 en raison notamment des nombreuses erreurs commises par l'assurée dans la saisie des textes confiés.

Le 12 avril 2010, l'office AI a informé l'assurée qu'il prenait en charge les frais d'une formation commerciale pour l'obtention du « Certificat de secrétaire » effectuée auprès de l'Ecole A._____ à F._____ du 19 avril au 8 octobre 2010, puis du 18 octobre 2010 au 31 mars 2011 (communication du 7 octobre 2010).

Le 1^{er} avril 2011, D._____ a obtenu un diplôme d'études commerciales et de langues décerné par l'Ecole A._____.

Se référant à un entretien téléphonique avec l'assurée en date du 5 juin 2012, l'office AI lui a adressé un courrier daté du même jour à la teneur suivante :

Nous nous référons à notre entretien téléphonique de ce jour, et nous vous confirmons ce qui suit.

Vous nous communiquez que votre poste de travail, en tant que secrétaire médicale prendra fin le 30 juin prochain. Selon vos dires, la raison est notamment due à l'ouverture d'un nouveau cabinet médical, ce qui a engendré une baisse significative du volume de travail.

Par contre, vous nous avez clairement expliqué que votre état de santé s'est aggravé et que vous ne vous sentez plus apte à retravailler pour le moment. En outre, vous nous faites savoir que vous allez nous amener des faits nouveaux.

Dès lors, nous mettons fin ce jour, à votre dossier dans le cadre de l'aide au placement accordée par notre communication du 22 mars 2011.

b) Le 4 octobre 2012, D._____ a déposé une seconde demande de prestations de l'assurance-invalidité en indiquant être atteinte de dépression, d'une hernie discale L4-L5, d'une coxarthrose et d'une gonarthrose. Elle a indiqué avoir travaillé comme secrétaire médicale à 40 % du 1^{er} décembre 2011 au 30 juin 2012.

Procédant à l'instruction de cette demande, l'office AI a recueilli des renseignements auprès des médecins consultés par l'assurée.

Dans un rapport du 5 mars 2013, la Dre T._____, spécialiste en neurologie, a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de coxarthrose bilatérale avec status après mise en place d'une prothèse totale de hanche droite en 2006 (avec limitation résiduelle de la marche), de lombosciatalgies bilatérales sur lyse L5 bilatérale avec antélisthésis de grade I de L5 sur S1 et de tendinite du poignet gauche depuis octobre 2012. Elle a estimé que, dans l'activité d'aide-soignante en EMS, la capacité de travail de l'assurée était de quelques heures par semaine au maximum. En revanche, dans une activité adaptée, la capacité de travail était d'environ 60 %. Le port de charges, les activités surtout en station debout et à la marche exacerbaient les douleurs de l'intéressée. Par ailleurs, la présence d'une tendinite du poignet gauche contre-indiquait les activités nécessitant des mouvements répétitifs de cette main.

Dans un rapport du 13 juillet 2013, le Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de coxarthrose gauche débutante, de status après PTH droite et de lombalgies. Selon ce médecin, l'activité exercée était encore exigible à 100 % sans diminution de rendement s'agissant de la hanche gauche.

Le Dr R._____, médecin auprès du SMR, a conclu son avis médical du 14 janvier 2014 en ces termes :

L'assurée a été reclassée au cours d'un long processus REA. Actuellement, elle travaillerait à 40 % dans un poste adapté. Le Dr T._____ et le Dr X._____ confirment les conclusions du RM SMR du Dr G._____. La situation est claire sur le plan ostéoarticulaire. Sur le plan psychique, l'assurée dit être en dépression depuis nov. 12, mais force est de constater qu'aucun des confrères n'a retenu de LF psychiatriques et encore moins de diagnostics incapacitants. Faute de preuves étayées en ce sens et au vu de cette demande qui date de 2006, nous proposons de fermer ce dossier sur les bases du RM SMR du Dr G._____ du 02.07.07. Il n'existe pas d'aggravation démontrée et les conclusions telles que formulées ci-dessus sont justes et convaincantes au regard de la maladie de l'assurée.

Par décision du 15 décembre 2014, l'office AI a nié le droit de D._____ à des prestations de l'assurance-invalidité, au motif que les éléments médicaux recueillis n'avaient pas démontré que son état de santé s'était essentiellement modifié depuis sa dernière prise de position.

c) Le 3 mai 2017, D._____ a déposé une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité.

L'assurée travaillait depuis le 1^{er} octobre 2014 en tant qu'aide-infirmière à 80 % pour le compte de l'Hôpital I._____. Le 22 mars 2017, l'employeur a résilié les rapports de travail pour le 30 juin 2017 en invoquant une incapacité totale de travail ininterrompue depuis le 8 novembre 2016.

Dans un rapport du 16 octobre 2017, le Dr J._____, spécialiste en neurochirurgie, a indiqué que l'assurée avait bénéficié d'une stabilisation chirurgicale L4-L5-S1 au mois de mars précédent et que l'évolution était favorable. Il a estimé que l'assurée serait en mesure de

reprendre l'exercice de son activité professionnelle de secrétaire médicale d'abord à 50 %, puis à 100 % dès le 1^{er} novembre 2017.

Le 16 octobre 2018, le Dr J._____ a indiqué qu'un CT scan lombaire réalisé peu de temps auparavant avait démontré une bonne évolution de la stabilisation L4-L5 et L5-S1 effectuée. Selon lui, l'assurée pouvait reprendre une activité professionnelle de secrétaire médicale, en alternant les positions toutes les heures et en évitant le port de charges supérieures à 15 kilos. Il a par ailleurs expliqué que l'assurée avait dans l'intervalle tenté de reprendre une activité professionnelle de secrétaire, tentative qui s'était toutefois soldée par un échec que le Dr J._____ attribuait à des causes étrangères à la problématique lombaire.

Répondant le 12 février 2019 à des questions complémentaires de l'office AI, le Dr J._____ a posé le diagnostic de canal lombaire rétréci symptomatique avec discopathie. Si les positions assise et debout restaient limitées, l'amélioration de la symptomatologie douloureuse autorisait le médecin prénommé à retenir une capacité de travail entière dans une profession évitant des positions prolongées (30 à 60 minutes). Le poste d'auxiliaire de santé n'était plus adapté.

Le 20 mai 2019, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a adressé au Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, un rapport de consultation motivé par l'évaluation de la capacité de travail d'un point de vue orthopédique en relation avec des lombalgies persistantes depuis une année. Dans l'anamnèse, il a rappelé que, en 2017, l'assurée avait été opérée au rachis lombaire pour spondylodèse L4-S1 type PLIF en raison de lombosciatalgies droites résistantes au traitement conservateur. Au terme de son examen, il a retenu qu'elle présentait un status après arthroplastie de la hanche droite, un status après spondylodèse L4-S1 ainsi qu'une coxarthrose gauche pour l'heure paucisymptomatique. Au regard des pathologies présentées, le Dr B._____ a estimé que l'activité d'aide-soignante n'était plus exigible, même à temps partiel, pas plus qu'une activité de ménage. En revanche, dans une activité légère industrielle, n'obligeant que rarement le port de

charges jusqu'à 10 kg ou souvent jusqu'à 5 kg, avec possibilité de changement de position (assis-debout), n'obligeant pas à des positions accroupies ou en porte-à-faux du rachis, l'assurée était en mesure d'exercer une activité avec un taux de capacité de 80 % ; la perte de capacité par rapport à un temps complet était à considérer comme une légère perte de rendement et des pauses supplémentaires (10 % de perte pour chaque élément).

Selon le Dr Q._____, médecin auprès du SMR, les documents médicaux versés au dossier ne permettaient pas de modifier les conclusions du rapport établi le 2 juillet 2007 par le Dr G._____ (avis médical du 28 mai 2019).

Le 3 juin 2019, l'office AI a informé D._____ qu'il entendait lui refuser le droit à une rente d'invalidité, au motif que son état de santé ne s'était pas modifié de manière à avoir une incidence sur la capacité de travail retenue dans la décision du 15 décembre 2014. Les conclusions de cette dernière demeuraient donc valables.

Dans le cadre de la procédure d'audition, le Dr K._____ a transmis à l'office AI un rapport daté du 24 août 2019 dans lequel il a indiqué que les évaluations sur les plans physique et orthopédique étaient correctes et correspondaient à l'état général de l'assurée tandis que la sphère psychique n'était pas mentionnée ou évoquée que de façon très superficielle. Le Dr K._____ a joint à son rapport le compte-rendu d'un examen neuropsychologique effectué les 8 avril et 1^{er} mai 2014 ayant révélé une mémoire immédiate verbale déficitaire, une fluctuation de l'apprentissage immédiat et des troubles de l'attention sélective et de l'attention soutenue. De même, l'examen neuropsychologique pratiqué le 6 décembre 2011 avait mis en évidence un déficit en mémoire immédiate et de travail ainsi qu'un ralentissement chez une patiente présentant des signes probables de la lignée anxieuse. D'après le Dr K._____, ce déficit était probablement ancien et pouvait expliquer en partie l'échec des mesures de réadaptation comme assistante médicale ou employée de commerce. Ce médecin a par ailleurs joint le résultat d'un bilan oto-rhino-

laryngologique (ORL) du 10 décembre 2010 pratiqué par le Dr W._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, ayant conclu à l'existence d'acouphènes lesquels pouvaient être liés à l'état dépressif de l'assurée. Le reste du bilan était parfaitement normal. En conclusion, le Dr K._____ a relevé qu'outre ses problèmes somatiques - ayant fait l'objet d'une bonne évaluation -, l'assurée présentait un trouble neuropsychologique entravant toute activité de bureau nécessitant des compétences de mémoire et de concentration. Il a renoncé à évaluer la capacité de travail dans une telle activité, une évaluation plus ciblée des compétences lui paraissant nécessaire.

Le 3 septembre 2019, l'office AI a rendu une décision formelle aux termes de laquelle il a entériné son refus d'octroyer une rente d'invalidité à l'assurée, conformément à son projet de décision du 3 juin 2019.

B. **a)** Par acte du 4 octobre 2019, D._____, représentée par Me Didier Kvicinsky, avocat, a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation en ce sens que le droit à une rente d'invalidité lui est reconnu. Contestant la capacité de travail retenue, elle a fait valoir que les graves problèmes de mémoire et de concentration dont elle souffre sont totalement incapacitants au sens de la loi et ne lui permettent pas de travailler. A tout le moins, l'office AI aurait dû effectuer une évaluation de ses compétences voire, au vu des rapports produits, faire procéder à de nouveaux examens neuropsychologiques. A titre de mesures d'instruction, elle a sollicité son audition ainsi que la production de pièces complémentaires et la mise en œuvre d'une expertise neuropsychologique.

b) Dans sa réponse du 4 novembre 2019, l'office AI a conclu au rejet du recours. Il a retenu que les rapports médicaux produits à l'appui de la demande de prestations du 3 mai 2017 ne permettaient pas de retenir une modification de l'état de santé depuis le refus de prester du 15 décembre 2014. L'assurée souffrait de la même problématique de

santé et les limitations fonctionnelles demeuraient inchangées. Quant aux problèmes de mémoire et de concentration invoqués, l'office AI s'est référé à l'avis établi le 23 octobre 2019 par le Dr Q._____, d'après lequel les éléments apportés par les bilans neuropsychologiques étaient anciens et connus de longue date. L'étiologie de ces symptômes neuropsychologiques n'avait jamais été clairement identifiée. Outre qu'aucun médecin n'avait jamais prescrit d'incapacité de travail à raison de ces troubles, aucun rapport médical émanant d'un neurologue ou d'un psychiatre n'avait été communiqué. Au surplus, ces troubles n'avaient jusqu'alors jamais empêché l'assurée de travailler et il n'était pas indiqué de nouveau bilan neuropsychologique ni de suivi neurologique ou psychiatrique. L'office AI en déduisait que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas péjoré de manière à modifier son droit aux prestations depuis son refus de prester de décembre 2014. C'était donc à juste titre qu'il avait statué dans le sens querellé.

c) Dans sa réplique du 28 août 2020, D._____ a rappelé qu'elle souffrait essentiellement de problèmes dorsaux et de divers troubles neuropsychologiques. Selon elle, il convenait de relier l'incapacité de travail découlant de ces deux types de problématiques, ce qui avait pour conséquence de conduire à une incapacité de travail totale en toute activité. Elle a par ailleurs souligné que l'impossibilité d'organiser un nouveau bilan neuropsychologique était vraisemblablement due à la crise sanitaire actuelle, tout en faisant remarquer qu'elle avait fait l'objet d'un suivi psychiatrique auprès du Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à M._____. Elle a déclaré persister dans les conclusions prises au pied de son mémoire de recours.

d) Dans la mesure où l'assurée reprenait dans sa dernière écriture les reproches déjà formulés dans son recours, l'office AI a renvoyé à sa réponse du 4 novembre 2019 à laquelle il n'avait rien à ajouter et dont il a confirmé la teneur (duplique du 18 septembre 2020).

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige a pour objet le point de savoir si l'invalidité de la recourante s'est modifiée - de manière à influencer son droit à la rente - entre le 15 décembre 2014, date de la décision initiale par laquelle cette prestation lui a été refusée, et le 3 septembre 2019, date à laquelle l'office AI s'est prononcé sur la demande de révision du droit à la rente.

3. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle 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, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

b) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur une nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2), il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, 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, si nécessaire, une comparaison des revenus conforme 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 consid. 5.2 ; 130 V 71 consid. 3.2).

c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à 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. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3) ; 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 ; 113 V 273 consid. 1a ; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et ATF 112 V 387 consid. 1b). 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 consid. 2.2 *in fine* et les références citées).

d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un

élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

e) D'après le principe de la 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 quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans 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 comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

4. a) Les renseignements médicaux recueillis dans le cadre de la demande de prestations déposée le 4 octobre 2012 ont essentiellement mis en évidence des problèmes aux hanches (coxarthrose bilatérale et prothèse totale de la hanche droite en 2006), au dos (lombosciatalgies bilatérales) ainsi qu'une tendinite au poignet gauche existant depuis 2012 (cf. rapport du 5 mars 2013 de la Dre T._____, qui faisait également mention de douleurs aux membres inférieurs et aux pieds ainsi que d'une certaine anxiété due à la précarité de la situation économique de la recourante). Dans sa décision de refus de rente du 15 décembre 2014, l'office AI avait retenu que les éléments médicaux recueillis ne démontraient pas que son état de santé s'était essentiellement modifié

depuis sa dernière prise de décision (cf. courrier du 5 juin 2012). Celle-ci se fondait sur l'analyse du Dr G. _____ (cf. rapport d'examen du 2 juillet 2007) selon laquelle la recourante disposait, malgré les atteintes à la santé présentées (gonalgie droite sur status après PTH en date du 7 septembre 2006, syndrome fémoro-rotulien droite et spondylolisthésis L5-S1), d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques (activité de type sédentaire). La dépression invoquée dans la demande de prestations de 2012 n'avait toutefois pas été documentée.

b) En 2017, la recourante présente des lombosciatalgies droites résistantes au traitement conservateur, lesquelles ont été traitées par spondylodèse L4-S1 type PLIF. L'effet de l'intervention a été globalement positif avec l'absence de symptomatologie radiculaire hormis quelques paresthésies. Les lombalgies mécaniques persistantes étaient partiellement soulagées par le moyen d'un traitement médicamenteux. Un CT-scan de contrôle demandé par le Dr J. _____ n'a pas montré de problèmes liés à la spondylodèse ou de nouvelles pathologies, même si le pontage osseux de la spondylodèse s'avérait encore partiel par endroits. Le CT-scan lombaire démontrait ainsi la bonne évolution de la stabilisation L4-L5 et L5-S1 réalisée. Dans ces conditions, le Dr J. _____ a estimé que la recourante pourrait reprendre une activité professionnelle de secrétaire médicale, en alternant les positions toutes les heures et en évitant le port de charges supérieures à 15 kilos. Le 12 février 2019, il a jugé que la capacité de travail de l'intéressée était entière dans une activité adaptée. De son côté, le Dr B. _____ a retenu qu'à la suite de l'intervention chirurgicale pratiquée, la recourante était en mesure de travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges fréquent jusqu'à 5 kilos et éviter le port de charges jusqu'à 10 kilos ; pas de positions accroupies ou en porte-à-faux du rachis ; possibilité d'alterner les positions assis-debout) ; il convenait toutefois de tenir compte d'une légère perte de rendement ainsi que d'un besoin de pauses supplémentaires, facteurs qui diminuent la capacité de travail de 20 %. Au vu de ces appréciations qui, pour l'essentiel, convergent, il y a lieu de retenir que la recourante dispose d'une capacité de travail de 80 % au

moins. Dans la mesure où le Dr J. _____ a indiqué que la recourante pourrait exercer l'activité de secrétaire médicale, le degré d'incapacité de travail (de 20 %) correspond alors au degré d'incapacité de gain, lequel n'est pas susceptible d'ouvrir le droit à une rente.

c) L'avis médical rédigé par le Dr K. _____ le 24 août 2019 ne permet pas de tenir compte d'une incapacité de travail plus importante. En effet, ce médecin, qui ne remet pas en cause les évaluations effectuées sur le plan orthopédique, se limite à affirmer que sa patiente présente des troubles neuropsychologiques qui entraveraient toute activité nécessitant des compétences de mémoire et de concentration. Toutefois, les rapports auxquels il renvoie sont antérieurs à la décision de refus de rente du 15 décembre 2014 et ne permettent pas d'attester leur caractère actuel ainsi qu'une péjoration de l'état de santé de la recourante depuis cette date. La recourante ne saurait rien tirer non plus des troubles psychiques évoqués par le Dr K. _____ dans la mesure où ils ne sont pas décrits précisément et ne font pas l'objet de rapports spécifiques établis par des médecins spécialistes.

5. Au regard des faits rapportés dans les rapports produits par le Dr K. _____, à savoir le compte-rendu des examens neuropsychologiques pratiqués les 8 avril/1^{er} mai 2014 et 6 décembre 2011 ainsi que le bilan ORL du 10 décembre 2010, la question se pose de savoir si les conditions pour procéder à une révision procédurale de la décision initiale de refus de rente sont remplies.

a) Aux termes de l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (révision procédurale).

La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art.

61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt du Tribunal fédéral fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (TF 8C_120/2017 du 20 avril 2017 consid. 2). Sont nouveaux, au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence (ATF 134 III 669 consid. 2.2). En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à établir soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal (ATF 127 V 353 consid. 5b).

b) En l'espèce, le compte-rendu des examens neuropsychologiques pratiqués les 8 avril/1^{er} mai 2014 et 6 décembre 2011 ainsi que le bilan ORL du 10 décembre 2010 ne constituent pas des moyens de preuve nouveaux au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. Dans la mesure où lesdits rapports existaient déjà au moment où la décision de refus de rente du 15 décembre 2014 a été rendue, ils auraient pu être invoqués à cette époque. La recourante ne fait valoir aucune excuse valable justifiant que lesdits rapports n'ont pas été produits en temps utile. A cet égard, il convient de souligner que le Dr K. _____ avait été interpellé à plusieurs reprises par l'office AI dans le cadre de la procédure précédente (courriers des 5 février, 3 avril et 25 avril 2013) afin qu'il rédige un rapport médical sur la situation de sa patiente et qu'il n'a jamais daigné rendre réponse.

c) Sur le vu de ce qui précède, on ne peut que constater que les rapports susmentionnés et les faits contenus dans ceux-ci ne peuvent pas être pris en considération pour reconnaître l'existence d'un motif de révision procédurale.

6. a) Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration des preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

b) En l'occurrence, le dossier est complet sur le plan médical, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu d'ordonner une mesure d'instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise neuropsychologique, telle que requise par la recourante. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. Ainsi, quoi qu'en dise la recourante, le dossier constitué ne souffre d'aucune lacune, de sorte que toute mesure d'instruction complémentaire apparaît superflue. Quant à la demande d'audition personnelle, il n'y a pas lieu d'y accéder. En effet, dans la mesure où la recourante a pu s'exprimer tout au long de la procédure et produire toutes pièces à l'appui de ses allégations, on ne voit pas en quoi son audition pourrait être utile.

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

8. a) 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 ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020 [cf. art. 83 LPGA]). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que cette dernière a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat (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).

b) N'obtenant pas gain de cause, la recourante, bien qu'assistée d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

c) Par décision du Juge instructeur du 9 octobre 2019, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 4 octobre 2019 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Didier Kvicinsky. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 12 janvier 2021, faisant état de 7 heures et 45 minutes déployées pour l'intégralité de son intervention, qu'il y a lieu de rémunérer au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Aussi, convient-il d'allouer à Me Kvicinsky un montant de 1'395 fr. auquel s'ajoutent les débours fixés forfaitairement à 69 fr. 75 (art. 3bis al. 1 RAJ) et la TVA au taux de 7,7% par 112 fr. 80. L'indemnité d'office en faveur de Me Didier Kvicinsky s'élève par conséquent à 1'577 fr. 55.

d) La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office 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 incombera au Service juridique et législatif d'en fixer les modalités (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 3 septembre 2019 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 Didier Kvicinsky, conseil d'office, est arrêtée à 1'577 fr. 55 (mille cinq cent septante-sept francs et cinquante-cinq 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 provisoirement à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Didier Kvicinsky, avocat (pour D._____),
- 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).

Le greffier :