

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 novembre 2021

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Berberat, juge, et Mme Silva, assesseur
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

W. _____, à [...], recourante, représentée par Procap Suisse,

et

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

Art. 28 LAI ; art. 87 RAI

E n f a i t :

A. W._____, née en 1977, mariée et mère de quatre enfants, dont trois majeurs, sans formation, a déposé le 14 juin 2000 une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant, quant au genre de l'atteinte, avoir mal à la tête tous les jours depuis un accident de la circulation survenu le 12 décembre 1998 (à la suite d'un premier accident ayant eu lieu en juillet 1994).

Le Prof. G._____, du service de neurologie du S._____, qui a examiné l'assurée le 4 juillet 2000 à la demande de l'assureur-accidents, a alors relevé avoir observé une patiente déprimée, qui se plaignait de douleurs diffuses à la moindre pression du rachis cervical, du vertex et de la ceinture scapulaire. Sinon, son examen neurologique était parfaitement normal. Il avait alors posé les diagnostics de status deux ans après un traumatisme crânio-cérébral et fracture costale droite, de traumatisme cervical, d'état anxio-dépressif et de céphalées post-traumatiques. Au plan somatique, il avait estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle de femme de ménage devrait être de plus de 50 % dès le 1^{er} août 2000, et de 100 % dès le 1^{er} décembre 2000 ; en tant qu'ouvrière, elle dépendrait de l'évolution de l'état anxio-dépressif, lequel nécessitait un traitement approprié.

L'assurée a été revue le 25 avril 2001 par le Prof. G._____. Dans son rapport du 26 avril 2001, ce spécialiste a fait l'appréciation suivante du cas :

« Cette patiente, qui avait été victime d'un accident de circulation en tant que passagère avant, sans ceinture de sécurité, le 12 décembre 1998, avait subi un mouvement de whiplash de la colonne cervicale. Lors de notre première évaluation neurologique en juillet 2000, nous n'observions aucune dysfonction neurologique, mais une patiente déprimée, avec des douleurs diffuses à la moindre pression du rachis, du vertex et de la ceinture scapulaire. Nous avons envisagé un traitement anti-dépresseur, mais qui n'a été essayé que partiellement. [...]

Elle continue plus ou moins à faire son activité ménagère. Les plaintes subjectives actuelles me paraissent identiques, si ce n'est peut-être de façon moins intense.

L'examen neurologique est parfaitement normal, si ce n'est qu'à la moindre pression, on déclenche des douleurs ou des pseudo-douleurs. [...]

L'état actuel se caractérise par des céphalées post-traumatiques persistantes, de type chronique, qui sont certainement entretenues par un état anxio-dépressif. [...]

La reprise d'une activité professionnelle nous paraît problématique tant que l'état dépressif n'a pas été jugulé. De ce fait, je proposerais à la Dresse R._____, à qui j'adresse une copie de la présente, d'essayer des traitements à visée antalgique et anti-dépressive (Buspar, Surmontil ou Tolvon).

Je ne pense pas qu'il y ait des interventions plus drastiques à envisager (injections de produits anesthésiants locaux) pour faire diminuer ces douleurs au vertex.

Concernant une éventuelle invalidité médico-théorique, je pense que nous pouvons la définir pour clore le cas, à savoir qu'il y a la persistance de ces céphalées, en relation possible avec l'accident incriminé. L'invalidité médico-théorique est au maximum de 15 %. »

L'OAI a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a examiné l'assurée le 29 août 2003. Dans son rapport du 29 septembre 2003, il a retenu sur l'axe I le diagnostic de dysthymie et/ou état dépressif majeur de gravité légère, sur l'axe II une personnalité probablement immature, passive-dépendante, sur l'axe III des céphalées persistantes consécutives à l'accident du 12 décembre 1998, et sur l'axe IV une inadaptation socio-culturelle et linguistique. S'agissant de la capacité de travail, l'expert psychiatre a relevé ce qui suit :

« Mme W._____ présente actuellement un *état dépressif majeur chronique de gravité légère ou une dysthymie*, associé à des céphalées chroniques.

La symptomatologie dépressive est, somme toute, très modérée. A ce titre, relevons que Mme W._____ a réussi à obtenir après son accident de décembre 1998 son permis de conduire, au 5^{ème} essai. Depuis lors elle a également donné naissance à un 3^{ème} enfant. Ces éléments, ainsi que notre examen clinique, semblent indiquer que cet état dépressif ne peut pas être considéré comme gravement invalidant. En tous les cas, il est susceptible d'être surmonté par la volonté du sujet, lorsque Mme W._____ en a la motivation.

Dans cette situation, nous ne relevons pas d'histoire personnelle traumatique ou douloureuse. Le contexte conjugal et familial semble tout à fait favorable. Elle est très entourée par sa famille et son époux, bien intégrée en Suisse. Celui-ci travaille auprès du même employeur depuis 1990. Certes, il y a des restrictions financières, mais le couple n'est pas dans une détresse psychosociale majeure.

En tenant compte de l'ensemble des éléments développés plus haut, cette symptomatologie dépressive légère, associée à une tendance aux somatisations, ne devrait pas justifier d'incapacité de travail médico-théorique de plus de 30 %.

Il semble assez clair qu'ici des éléments socioculturels, l'absence de formation professionnelle, les limitations linguistiques jouent un rôle important, qui explique[nt] aussi peut-être le peu d'empressement, conscient ou inconscient, de l'assurée à reprendre une activité professionnelle, ceci d'autant plus qu'actuellement, elle est mère de trois enfants.

Du point de vue médical, nous pourrions recommander l'introduction d'un antidépresseur léger, sérotoninergique, et ceci essentiellement pour améliorer la qualité de vie de l'assurée. Le Seropram® sous forme de gouttes pourrait être une bonne alternative, car il permet une adaptation posologique graduelle et partant, une meilleure tolérance au traitement. Celui-ci pourrait améliorer la capacité de travail médico-théorique.

Une prise en charge psychothérapeutique ne semble pas indiquée, d'une part car Mme W. _____ n'a aucune demande motivée en ce sens, d'autre part, celle-ci risque de se heurter aux problèmes linguistiques.

Un reclassement professionnel ne semble certainement pas opportun. »

Dans un avis du 30 octobre 2003, le Dr F. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a relevé que l'expertise du Dr P. _____ démontrait qu'une reprise du travail n'était pas empêchée par des raisons médicales, mais par des éléments socio-culturels, en particulier le peu d'empressement, conscient ou inconscient, à reprendre une activité professionnelle.

Par décision du 12 décembre 2003, l'OAI a rejeté la demande de prestations, en retenant que la pathologie psychiatrique dont souffrait l'assurée n'entraînait pas une diminution de la capacité de travail supérieure à 30 % dans les activités habituelles, et qu'une reprise du travail était plutôt empêchée par des éléments socioculturels, tels l'absence de formation professionnelle, des limitations linguistiques et sa situation de mère de famille, qui étaient des éléments dont l'assurance-invalidité n'avait pas à tenir compte. Cette décision n'a pas été contestée et est entrée en force.

B. Le 24 juillet 2017, K. _____ SA, assureur perte de gain maladie, a informé l'OAI qu'il avait versé des indemnités journalières en

faveur de l'assurée à 100 % depuis le 24 mars 2017. Il a joint à son envoi une deuxième demande de prestations AI signée par l'intéressée, datée du 17 juillet 2017.

Selon l'extrait du compte individuel au dossier, imprimé le 3 octobre 2017, l'assurée avait travaillé à compter de juin 2007 pour le compte de L._____ SA, réalisant à ce titre des revenus de l'ordre de 45'000 fr. par an depuis l'année 2013.

L'employeur a indiqué à l'OAI le 23 octobre 2017 que l'assurée, qui œuvrait pour son compte depuis 2007, réalisait un salaire mensuel en 2016 de 3'450 fr. en sa qualité d'ouvrière d'usine (cheffe de ligne).

Dans son rapport à l'OAI du 8 novembre 2017, le Dr T._____, médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de céphalées, de scapulalgies et cervicalgies, d'insomnie et de trouble de l'humeur, et estimé que l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle depuis le 6 avril 2017.

La Dre J._____, psychiatre traitante de l'assurée du 5 octobre 2017 au 22 février 2018, a fait savoir à l'OAI le 5 mars 2018 que sa patiente présentait un probable syndrome douloureux persistant (F45.4), mais pensait ne pas avoir de problématique psychiatrique.

Le 9 mai 2018, le Dr Q._____, médecin auprès du SMR, a en particulier relevé ce qui suit :

« [...] c'est à l'assurée d'apporter la preuve d'un changement plausible de son état de santé dans cette situation. Les documents à disposition n'apportent de notre avis aucune information nouvelle que nous ne connaissions déjà précédemment. Déjà, primo, il n'y a donc aucune atteinte somatique incapacitante à retenir après les investigations du S._____. Sur le plan psy., nous sommes dubitatifs devant un « probable » TSD [trouble somatoforme douloureux] (donc rien n'est sûr) avec formellement aucun diagnostic incapacitant reconnu selon la CIM 10, sans parler que les critères de l'ATF de 2015 ne sont pas discutés. 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. Nous n'entrons pas en matière pour quelque raison que ce soit. »

Par projet de décision du 5 juin 2018, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa deuxième demande de prestations, dès lors qu'elle présentait une capacité de travail et de gain supérieure à 70 %, dans toutes activités.

Dans un courrier du 18 juin 2018, l'assurée a expliqué à l'OAI qu'elle n'était pas apte à travailler à 100 %. Elle a joint un rapport du Dr T._____ du 15 juin 2018, qui y notait que sa patiente présentait des céphalées intenses avec cervicalgies intermittentes et irradiations douloureuses vers le bras droit ou gauche depuis des mois ; une infiltration cervicale sur la zone C4-C5 gauche n'avait donné aucun résultat positif ; la patiente souffrait toujours et la douleur chronique avait un impact bien réel sur son moral. Pour le Dr T._____, la patiente devait pouvoir bénéficier d'une expertise de médecins spécialistes de la douleur et d'une équipe de psychiatres travaillant étroitement avec un centre de la douleur pour évaluer sa capacité de travail.

Dans un avis du 3 juillet 2018, le Dr Q._____ du SMR a relevé que les examens subis par l'assurée écartaient l'existence d'une pathologie incapacitante, une hypersensibilité vagale et des maux de tête ne constituant pas des motifs pour une incapacité de travail durable. Il a ajouté que les douleurs, et en particulier les céphalées traitées simplement par des antalgiques de classe I, n'avaient pas de substrat organique. Quant au syndrome anxio-dépressif, il a estimé que ce type de pathologie n'était pas incapacitante. Il a maintenu ses conclusions antérieures.

Par décision du 16 juillet 2018, l'OAI a rejeté la deuxième demande de prestations.

C. L'assurée a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI le 22 juillet 2019, en indiquant quant au genre de l'atteinte : « mal de tête intense quotidiennement suivi de vertiges ».

Elle a produit un rapport du 24 septembre 2019 du Dr T._____, selon lequel l'année 2019 avait été marquée par une recrudescence des symptômes douloureux des céphalées, l'incapacité de travail étant totale dans toutes les activités.

Elle a également transmis à l'OAI un rapport du Dr D._____, neurologue, faisant suite à une consultation du 17 juillet 2019. Ce dernier a relevé que depuis février [réf : 2019], la céphalée était devenue quotidienne. Il a fait l'appréciation suivante du cas :

« Les céphalées évoluent depuis plusieurs années. A plusieurs reprises on a parlé d'origine mixte associant une composante tensionnelle à des migraines. De multiples prises en charge ont été tentées, sans succès. La description des douleurs actuelles comporte plusieurs paramètres compatibles avec le diagnostic de migraine (hémicrânie, douleurs pulsantes et explosives, nausées d'accompagnement) avec cependant quelques atypies. L'examen neurologique de ce jour est normal ne montrant aucune dysfonction des paires crâniennes ni de latéralisation sur les voies longues. Au vu de la surconsommation d'antalgiques, il ne fait aucun doute qu'une céphalée médicamenteuse vient assombrir le tableau ne permettant pas de différencier les douleurs de base donc d'orienter la prise en charge. J'ai remis à la patiente un agenda des céphalées en insistant sur le fait qu'un sevrage médicamenteux avec abstention de tout antalgique pendant trois semaines était indispensable. Ça n'est que dans un 2^e temps et en fonction des douleurs résiduelles (1-2 mois de recul après le sevrage) que l'on pourra orienter un traitement de fond. »

L'assurée a séjourné à l'hôpital V._____ dans le cadre d'un sevrage médicamenteux, du 3 au 10 septembre 2019.

Elle a par ailleurs été hospitalisée dans l'établissement précité du 12 au 16 septembre 2019 en raison de céphalées.

A la requête de l'OAI, le Dr D._____ lui a fait savoir le 2 décembre 2019 que depuis l'introduction d'un traitement de Topamax®, les céphalées avaient tendance à céder un peu, mais revenaient

cependant régulièrement toutes les semaines. Les limitations fonctionnelles étaient liées à la résurgence des céphalées, elles-mêmes responsables d'un absentéisme au travail. Le Dr D._____ ne pouvait pas répondre à la question de la capacité de travail, et a précisé que le pronostic dépendrait de la réponse au traitement.

Le 13 janvier 2020, le Dr B._____, psychiatre traitant depuis le 4 avril 2019, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11), de trouble anxieux, sans précision (F41.9), de traits d'une personnalité anankastique (F60.5), et de céphalées de type mixte. Sans effet sur la capacité de travail, il a retenu ceux de décès d'un membre de la famille (Z63.4), de difficultés liées à l'acculturation (Z60.3), de difficultés liées aux conditions économiques (Z59) et d'antécédent d'un traumatisme cranio-cérébral. Il a indiqué que sa patiente n'était actuellement pas en mesure de travailler et que le pronostic à moyen/long terme était réservé.

Par avis du 23 mars 2020, la Dre C._____ du SMR a observé qu'il s'agissait probablement d'une situation chronique évoluant depuis 2001 ; le contexte socio-culturel était défavorable, aggravé d'un licenciement en mars 2018. A ses yeux, dans l'axe psychiatrique, il était difficile de dire si la situation s'était péjorée ; dans l'axe neurologique, elle notait que cela semblait être le statu quo. Elle a dès lors suggéré d'interroger les Drs D._____ et B._____.

Le 26 mai 2020, le Dr D._____ a répondu à l'OAI en ces termes :

« 1. Comment ont évolué les céphalées de votre patiente depuis votre courrier de décembre 2019 ?

Dans un premier temps, sous Topamax® (topiramate), les céphalées se sont un peu atténuées puis, la situation s'est dégradée pour faire place à des douleurs quotidiennes localisées principalement en occipital et irradiant en direction du trapèze et du vertex, voire parfois les régions frontales. Ce type de céphalées évoquant plutôt des céphalées de tension, et vu la réponse toute relative au Topamax®, j'ai instauré un traitement de Saroten® (amitriptyline), avec un bon effet sur les céphalées, raison pour laquelle la posologie en a été augmentée. Quelques jours plus tard, la patiente signalait des effets secondaires, nous obligeant à

diminuer la posologie à 25 mg 1 jour sur deux. Je suis sans nouvelle de la patiente depuis le 2 mars dernier.

2. Le traitement par Topamax® a-t-il apporté un bénéfice ?

Le bénéfice a été peu marqué et transitoire, sous forme d'une atténuation de l'intensité des douleurs.

3. Pouvez-vous préciser les limitations fonctionnelles évoquées dans votre précédent courrier sur un 100 % d'activité, y a-t-il une diminution de rendement supérieure à 30 % due aux céphalées ?

Comme précisé dans mon précédent courrier, ça n'est pas moi qui gère les incapacités de travail, je ne puis donc répondre à cette question que sur le plan théorique : tout dépend de la fréquence et de l'intensité des céphalées. En soi, une céphalée de tension justifie rarement une incapacité de travail, contrairement aux accès migraineux qui clouent la patiente au lit durant 2 à 3 jours. Là aussi, l'intensité des douleurs dépend de la réponse au traitement. Pour pouvoir se prononcer, il est indispensable que la patiente tienne un agenda des maux de tête en y consignant la fréquence des céphalées et leur intensité ainsi que les prises médicamenteuses.

L'été dernier [j'avais] remis à la patiente un tel agenda. Dans ces conditions, si le suivi est assuré par son médecin traitant, celui-ci devrait pouvoir répondre à votre question sur la capacité de travail. »

Le 6 juillet 2020, le Dr B._____ a signalé à l'OAI que l'évolution sur le plan psychique était lentement favorable et marquée par une diminution de la symptomatologie anxieuse et dépressive ainsi que par une modification de la perception de la douleur, notamment des céphalées. Il avait aussi observé une légère amélioration de la gestion des émotions et de la capacité d'affirmation de soi. La médication psychotrope et neurologique était en cours d'ajustement.

Le 22 septembre 2020, la Dre C._____ du SMR a estimé qu'il convenait d'adresser un courrier au médecin traitant afin qu'il précise l'évolution de la capacité de travail.

Le 25 septembre 2020, le Dr T._____ a répondu aux questions du SMR en expliquant que la situation était relativement stable concernant les migraines, mais que le syndrome anxio-dépressif n'était pas amélioré. La patiente était suivie par le Dr X._____, neurologue, qui pensait que le syndrome anxio-dépressif était principalement en cause. La capacité de travail n'avait pas changé et était toujours nulle aussi bien dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Comme

limitations fonctionnelles, il a mentionné des céphalées, des troubles de la concentration et de l'anxiété.

Par avis du 10 novembre 2020, la Dre C._____ du SMR a relevé ce qui suit :

« Nous avons complété l'instruction de cette situation ; tant dans l'axe psychiatrique que neurologique, une modification notable de l'état de santé n'est pas retrouvée. Le Dr T._____ dans son rapport du 22.09.2020 ne nous amène pas d'élément nouveau, le trouble psychique est caractérisé d'anxio-dépressif, c'est-à-dire que l'anxiété et la dépression sont présents sans pour autant que l'un ou l'autre atteigne une intensité suffisante pour justifier le diagnostic à lui seul. D'autre part, le rapport du Dr B._____ est rassurant avec un suivi mensuel, une description de la vie quotidienne non impactée et un entourage familial soutenant.

Conclusion :

La situation semble donc stationnaire depuis 2000 (cf. expertises neurologiques 26.04.2001 et 07.07.2000 et psychiatrique 29.09.2003). »

Dans un projet de décision du 12 novembre 2020, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il envisageait de lui refuser le droit aux prestations.

Par courrier du 10 décembre 2020, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision. A l'appui de son opposition, elle a produit notamment un rapport du 23 novembre 2020 du Dr T._____, qui a maintenu que sa patiente n'avait pas de capacité de travail, et a relevé, comme dans son précédent rapport, que l'assurée était désormais suivie par le neurologue X._____.

Dans un courrier du 12 janvier 2020 [recte : 2021] à l'OAI, le Dr B._____ a fait état d'une recrudescence de la symptomatologie anxieuse et dépressive accompagnée par un ressenti de désespoir. Il a ajouté que l'entourage immédiat de l'assurée signalait un état de forte irritabilité qui entraînait des difficultés importantes sur le plan relationnel.

Par décision du 11 février 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations, motif pris que la capacité de travail était toujours supérieure à 70 % dans toutes activités.

D. Par acte du 15 mars 2021, W._____, représentée par Procap Suisse, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'elle a droit aux prestations de l'assurance-invalidité et « à tout le moins, à une rente d'invalidité », et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, elle a fait valoir qu'il était question d'une situation médicale complexe, notamment psychiatrique et neurologique, qui justifiait une incapacité de travail totale. Elle a ensuite exposé que dans la mesure où l'intimé n'était pas satisfait de l'instruction en mars 2020, il avait requis des informations complémentaires auprès des praticiens consultés, qui avaient répondu les 26 mai, 6 juillet et 22 septembre 2020 dans leurs domaines respectifs. Ce faisant, lesdits praticiens avaient confirmé leur appréciation et, partant, son incapacité de travail totale. Toutefois, les réponses qu'ils avaient apportées ne renseignaient en réalité pas vraiment d'avantage le SMR et l'intimé aurait dû ordonner une instruction complémentaire, puisqu'il en avait été réduit à se raccrocher à des pièces vieilles de plus de dix-sept et vingt ans, qui n'étaient dès lors plus à jour. Enfin, elle a allégué que les rapports médicaux figurant au dossier étaient contradictoires et que la situation n'était plus la même à celle qui prévalait vingt ans auparavant, d'autant plus qu'elle avait travaillé dans l'intervalle pendant plus de huit ans.

Par réponse du 11 mai 2021, l'OAI a proposé le rejet du recours, en retenant qu'il n'y avait aucune raison d'écarter les expertises par le seul écoulement du temps, d'autant plus qu'aucun élément médical objectivement vérifiable ne démontrait une aggravation de l'état de santé de la recourante entre la précédente décision de refus de prestations du 16 juillet 2018 et la décision litigieuse.

Par réplique du 29 juin 2021, la recourante a maintenu sa position.

Le 9 août 2021, l'OAI en a fait de même.

E n d r o i t :

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

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

2. Est en l'espèce litigieux le droit de la recourante à une rente d'invalidité dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations déposée le 22 juillet 2019. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si, par analogie avec l'art. 17 LPGA, l'intimé était en droit de nier une péjoration de l'état de santé depuis la décision de refus de rente du 16 juillet 2018.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA 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.

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).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

b) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la 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]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité 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 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 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

En ce qui concerne l'évaluation médicale effectuée par un SMR au sens de l'art. 59 al. 2 bis LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, qui est établie sans que le médecin n'examine l'assuré, elle ne contient aucune observation clinique. Un tel avis a ainsi seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite

à donner au dossier sur le plan médical (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt 8C_756/2008 du 4 juin 2009 consid. 4.4 in SVR 2009 IV n° 50 p. 153). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; TF 9C_25/2015 du 1^{er} mai 2015 consid. 4.2).

S'il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3), on rappellera cependant que lorsqu'un cas est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins des assurances, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C_353/2020 du 5 mars 2021 consid. 3). Tel est en particulier le cas lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même minimes quant à la fiabilité et la pertinence de ces constatations médicales. Dans un tel cas, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant, selon la procédure de l'art. 44 LPGA, ou une expertise judiciaire (TF 8C_616/2020 du 15 juin 2021 consid. 4.2).

4. En l'occurrence, et pour l'essentiel, la recourante se plaint d'une instruction insuffisante de la part de l'intimé. Pour sa part, ce dernier estime que l'état de la recourante ne s'est pas péjoré depuis le précédent refus de prestations du 16 juillet 2018.

A cet égard, on peut s'étonner à titre préliminaire que l'intimé soit entré en matière sur la deuxième demande de prestations, puis l'ait écartée, sans autre mesure d'instruction, sur la base de deux avis succincts et peu motivés de la Dre C. _____ du SMR.

Cela étant, et quoi qu'en dise l'intimé, sur la base des éléments produits dans le cadre de la troisième demande de prestations, il ne pouvait se limiter à écarter, sans mesure d'instruction complémentaire, les rapports des médecins traitants.

Sur le plan neurologique en effet, la Dre C. _____ du SMR a estimé par avis du 23 mars 2020 qu'il y avait lieu de demander au Dr D. _____ quelle avait été l'évolution des céphalées depuis son rapport de décembre 2019, si le traitement par Topamax® avait apporté un bénéfice, et quelles étaient les limitations fonctionnelles de la recourante. Or, le Dr D. _____ a répondu à l'intimé le 26 mai 2020 que le bénéfice du traitement avait été peu marqué, et transitoire, sous forme d'une atténuation de l'intensité des douleurs. S'agissant des limitations fonctionnelles et du point de savoir s'il existait une baisse de rendement de plus de 30 %, il a répondu ne pas gérer les incapacités de travail ; il a en outre donné une réponse « sur le plan théorique », en exposant que « tout dépend de la fréquence et de l'intensité des céphalées », estimant qu'en soi, une céphalée de tension justifie rarement une incapacité de travail, contrairement aux accès migraineux qui clouent la patiente au lit durant deux à trois jours.

Certes, ce rapport est peu informatif, en tant, notamment, que le spécialiste ne se prononce pas concrètement sur les limitations fonctionnelles ni sur la capacité de travail. Toutefois, depuis la dernière décision de juillet 2018, le Dr T. _____ fait état d'une recrudescence des

symptômes douloureux des céphalées, depuis 2019, estimant l'incapacité de travail totale (cf. rapport de ce médecin du 24 septembre 2019). Du reste, la patiente a dû, d'une part, séjourner à l'Hôpital V. _____ pour un sevrage médicamenteux, du 3 au 19 septembre 2019, puis, d'autre part, du 12 au 16 septembre 2019, en raison d'un état de céphalées. Elle a consulté un neurologue dans ce contexte, en la personne du Dr D. _____, alors qu'elle n'avait plus vu de neurologue depuis l'examen par le Prof. G. _____, le 25 avril 2001. Le Dr D. _____ a par ailleurs expliqué que le traitement par Topamax® mis en place n'avait eu un bénéfice que peu marqué et transitoire. Ses réponses générales et, de son propre aveu, « théoriques », sur l'impact des céphalées de tension sur la capacité de travail, ne permettent pas de renseigner sur l'état de sa patiente. Par surabondance, le Dr T. _____ a indiqué les 25 septembre et 23 novembre 2020 que la recourante était désormais suivie par le Dr X. _____, auquel l'intimé n'a pas demandé de rapport. Partant, en présence d'une péjoration plausible au plan neurologique depuis la décision de juillet 2018, l'intimé ne pouvait se limiter, sans autres mesures d'instruction, à nier le droit aux prestations.

Sur le plan psychiatrique, la Dre C. _____ a également estimé qu'il convenait de réinterroger le psychiatre traitant, afin de savoir comment avait évolué la situation depuis décembre 2019 (cf. avis du SMR du 23 mars 2020). Or, le Dr B. _____, par rapport du 6 juillet 2020, n'a pas répondu à la question relative à la capacité de travail de sa patiente. Cela étant, par rapport à la situation qui prévalait dans le cadre de la deuxième demande, il y a lieu de relever qu'à l'époque, la recourante avait mis un terme à son suivi psychiatrique, depuis février 2018. Désormais, elle a un suivi psychiatrique mensuel auprès du Dr B. _____. Si ce dernier fait état depuis décembre 2019 d'une amélioration, son constat reste celui d'une évolution « lentement favorable ». Dans la mesure où, le 15 janvier 2020, il estimait que la patiente n'était pas en mesure de travailler, et que le pronostic à moyen/long terme était réservé, la seule mention d'une évolution « lentement favorable » le 6 juillet 2020 ne permet pas d'exclure une atteinte incapacitante au plan psychiatrique.

Pour le surplus, par avis du 22 septembre 2020, la Dre C._____ du SMR a estimé qu'il y avait lieu de réinterroger le médecin traitant, afin qu'il précise l'évolution de la capacité de travail. Le Dr T._____ a donné suite à cette requête le 25 septembre 2020. Il a alors fait mention d'un syndrome anxio-dépressif non amélioré, avec une capacité de travail demeurant nulle dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée depuis septembre 2019, les limitations fonctionnelles étant des céphalées, des troubles de la concentration et une anxiété.

Finalement, la Dre C._____ du SMR a estimé par avis du 10 novembre 2020 que la situation semblait stationnaire depuis 2000, en se référant aux expertises neurologiques des 7 juillet 2000 et 26 avril 2001 et à l'expertise psychiatrique du 29 septembre 2003.

Or, il y a lieu de constater, avec la recourante, que la situation qui prévalait au début des années 2000 n'est plus d'actualité. En particulier au plan psychiatrique, alors que le Dr P._____ doutait de la motivation de la recourante à travailler (cf. expertise du 29 septembre 2003, p. 18, « *pas de volonté motivée en ce sens* » [réd : s'agissant de la capacité à s'adapter à l'environnement professionnel] ; expertise, p. 19, « *Augmentation de la capacité de travail éventuellement à plus de 80 % dans toute activité adaptée à ses compétences et sa motivation, qui reste, par ailleurs, à démontrer* »), la recourante a œuvré pour le compte de L._____ SA à compter de 2007, à un taux de 100 %, jusqu'à mars 2017, soit durant plus de dix ans. Elle a ainsi démontré qu'elle a été, malgré l'appréciation du Dr P._____, en mesure de s'adapter à un environnement professionnel, et d'exercer une activité lucrative, ce qui, contrairement à ce qu'avait noté l'expert P._____, atteste qu'elle a bien eu la motivation de travailler, et de surcroît à un taux élevé, durant plusieurs années consécutives, alors même que ses deux derniers enfants n'étaient pas très âgés. Au demeurant, selon l'indication du Dr T._____ figurant dans son rapport du 25 septembre 2020, le neurologue X._____ était d'avis que le syndrome anxio-dépressif était principalement en cause.

Finalement, il résulte des considérations qui précèdent que l'état de santé de la recourante a plausiblement connu une détérioration depuis la décision du mois de juillet 2018. Au vu par ailleurs des appréciations de ses médecins, qui sont en contradiction avec celles du SMR, - lequel s'est au demeurant fondé sur des rapports d'expertise datant de 2000, 2001 et 2003 pour retenir une situation qui « semble » stationnaire - , l'intimé ne pouvait, sans autres mesures d'instruction, écarter la demande de prestations.

Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé, à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA, afin qu'il sollicite, dans un premier temps, un rapport au Dr X._____, puis mette en œuvre une expertise médicale, conformément à l'art. 44 LPGA, comportant à tout le moins un volet neurologique et psychiatrique, et rende une nouvelle décision.

5. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant retournée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, il convient d'arrêter ces frais à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié qui a produit une liste des opérations, 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 2'000 fr., débours et TVA compris (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.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 11 février 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six 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 une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à W. _____ 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 :

- Procap Suisse (pour la recourante),
- 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 :