

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 juin 2025

Composition : M. TINGUELY, président
Mme Berberat et M. Wiedler, juges
Greffière : Mme Vulliamy

Cause pendante entre :

Z. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 17 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. a) Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mère d'un enfant né en [...], sans formation professionnelle certifiée, est arrivée en Suisse en [...], en provenance de France, à la suite de son mariage et a été naturalisée suisse en [...]. Entre [...] et [...], l'intéressée a travaillé à un taux indéterminé en qualité de gérante au sein d'un magasin de mode détenu par son époux. L'intéressée n'a plus travaillé depuis 2007 et émarge à l'aide sociale.

b) Le 15 octobre 2015, l'assurée a déposé une première 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), indiquant souffrir d'une atteinte psychique depuis 2012.

c) Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli un rapport du 6 juin 2016 du Dr I._____, médecin praticien et médecin traitant, ainsi qu'un rapport de ce médecin annexé le 16 janvier 2018, posant le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, d'état dépressif récurrent, trouble anxieux depuis 2012 et celui, sans effet sur la capacité de travail, de lombalgies sans déficit L-M depuis 2015. L'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique auprès de la Dre L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu un rapport le 3 juillet 2018, dans lequel elle a retenu les diagnostics de trouble de la personnalité mixte, avec prédominance de traits anankastiques et anxieux, depuis le début de l'âge adulte (F61.0), ainsi que d'effets indésirables au cours de l'utilisation thérapeutique de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques : syndrome de dépendance depuis mai 2015 environ (Y47). Elle a estimé que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 50 %, depuis mi-mai 2015, dans son activité habituelle d'employée dans un magasin, avec une baisse de rendement de 10 %, en raison des troubles du sommeil et de la fatigabilité. Dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'assurée était de 75 %, avec une baisse de rendement de l'ordre de 10 ou 15 %. Un sevrage de benzodiazépines

était envisageable et permettrait à l'assurée de recouvrir une pleine capacité de travail d'ici deux ans environ.

d) Suivant un rapport du 13 août 2018 du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) retenant que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans tous les types d'activité, l'OAI a rendu un projet de refus de rente le 15 août 2018, au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte invalidante.

e) Contestant ce projet de décision, l'assurée a remis à l'OAI une attestation du Dr I. _____ du 31 août 2018 indiquant qu'elle souffrait toujours de trouble dépressif récurrent et chronique, ainsi qu'un rapport du 18 septembre 2018 établi par le Dr T. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Selon ce document, ce dernier médecin suivait l'assurée depuis le 25 juillet 2018, à un rythme bimensuel. Il a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2), ainsi que de personnalité paranoïaque (F60.0) et a mentionné que « l'incapacité de travail de la patiente [était] attestée à 100 % », en précisant qu'elle était « en arrêt maladie par le Dr I. _____ à 100 % depuis plusieurs années ». Il a, en outre, noté que sa patiente présentait un affaissement de l'humeur, un état général morose, une asthénie avec des troubles du sommeil, une irritabilité, une tension interne, des troubles du comportement, ainsi que beaucoup de rumination, avec perte de confiance, et de traits paranoïaques.

f) Faisant suite à un avis du 18 octobre 2018 du SMR estimant que le rapport du Dr T. _____ n'apportait pas d'éléments objectifs qui justifieraient de s'écarter des conclusions retenues par la Dre L. _____, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à des prestations de l'assurance-invalidité par décision du 19 novembre 2018.

g) Par acte du 17 décembre 2018, l'assurée a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal qui l'a confirmée par arrêt du 12 décembre 2019 (AI 400/18 -

393/2019), dès lors que le taux d'invalidité de l'assurée ne dépassait pas 35 % (par substitution de motifs). L'assurée a déposé un recours contre cette décision auprès du Tribunal fédéral, qui l'a déclaré irrecevable par arrêt du 18 février 2020 (TF 9C_24/2020).

B. a) Le 23 octobre 2020, l'assurée a déposé une demande de moyens auxiliaires pour un surmatelas orthopédique, nécessaire en raison d'une fracture-tassement du plateau supérieur de D9 avec une perte de hauteur estimée à environ 20 %, sans accentuation significative de la cyphose dorsale (cf. rapport relatif à une radiographie de la colonne cervicale, dorsale et lombaire du 15 septembre 2020).

b) Le 2 novembre 2020, elle a déposé une seconde demande de moyens auxiliaires pour des chaussures orthopédiques de série, indiquant, comme motif de l'atteinte à la santé, un hallux valgus et des pieds plats.

c) L'OAI a, par décision du 3 novembre 2020, accepté de prendre en charge les coûts des chaussures orthopédiques, mais a, par décision du 7 décembre 2020, refusé la prise en charge du matelas orthopédique, dans la mesure où il ne figurait pas dans la liste exhaustive des moyens auxiliaires pris en charge.

C. a) Le 12 avril 2021, l'assurée a déposé une nouvelle (seconde) demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI, invoquant des douleurs au dos à la suite d'une chute en septembre 2020 et un état dépressif. Elle y indiquait être en incapacité de travail totale depuis le 21 septembre 2020.

b) Par courrier du 15 avril 2021, l'OAI a accusé réception de cette demande et a informé l'assurée qu'il la considérait comme une nouvelle demande et qu'elle disposait d'un délai de trente jours pour établir de façon plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits.

c) Par courrier du 11 mai 2021, l'assurée a requis une prolongation de délai au 15 juin 2021 et a transmis un rapport relatif à une radiographie de la colonne cervicale, dorsale et lombaire du 15 septembre 2020, déjà produit à l'appui de sa demande de moyens auxiliaires du 23 octobre 2020.

d) Dans le délai prolongé à cet effet au 15 juin 2021, l'assurée a notamment produit une attestation du Dr I. _____ du 6 mai 2021, selon laquelle elle avait eu un accident engendrant des lombalgies handicapantes et sa capacité de travail était nulle, ainsi qu'une demande de consultation du 7 juin 2021 de la part du Dr I. _____ au Service d'orthopédie, Unité rachis, du Centre hospitalier Q. _____ (ci-après : Centre hospitalier Q. _____), en raison de lombalgies post traumatiques en septembre 2020, irradiant au niveau du membre inférieur droit, dont l'évolution était défavorable malgré un traitement conservateur (corset orthopédique).

e) Par rapport adressé à l'OAI, le Dr I. _____ a, le 31 août 2021, posé les diagnostics de tassement D9 depuis le 9 septembre 2020, d'état dépressif et de trouble du sommeil depuis novembre 2017. Il a attesté une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 20 % dans une activité adaptée. Il a indiqué, comme limitations fonctionnelles, pas de port de charges de plus de 5 kg, ni de travail accroupi, à genou ou avec les bras au-dessus des épaules.

f) Le 23 décembre 2021, l'OAI a annexé un rapport relatif à une IRM [imagerie par résonance magnétique] dorso-lombaire du 30 août 2021, qui concluait à un tassement séquellaire de D8 avec une perte de hauteur estimée à environ 20 %, à des discopathies des deux derniers niveaux lombaires avec, en L5-S1, une extrusion discale paramédiane gauche en conflit avec l'émergence de la racine S1 gauche, ainsi qu'à un canal vertébral de taille préservée.

g) Dans un rapport du 2 février 2022 adressé à l'OAI, le Dr K. _____, spécialiste en neurochirurgie et chef de clinique au Centre

hospitalier Q._____, a posé le diagnostic de fracture ancienne D8 du plateau supérieur visible le 15 septembre 2020, sans se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée, ni sur ses limitations fonctionnelles.

h) Le 12 avril 2022, le Dr I._____ a transmis à l'OAI un rapport du 10 mars 2022 du Dr K._____, qui indiquait que l'assurée présentait des douleurs dorsales relativement légères et qu'une ordonnance de physiothérapie lui avait été prescrite.

i) Par avis SMR du 30 mai 2022, la Dre V._____, médecin praticienne, a conclu que des limitations fonctionnelles pouvaient être admises pour le dos depuis le 9 septembre 2020. Elle a toutefois précisé qu'elle ne comprenait pas pourquoi la capacité de travail dans une activité adaptée était tellement réduite selon le médecin traitant, le spécialiste ne se prononçant au surplus pas sur cette question. Au niveau psychiatrique, il n'y avait pas d'information concernant les modifications de l'état de santé.

j) Le 14 juillet 2022, l'OAI a annexé les réponses du Dr I._____ au questionnaire du 30 mai 2022 adressé par le SMR. Il y indiquait que l'état de santé de l'assurée, ainsi que ses limitations fonctionnelles, étaient inchangés depuis son dernier rapport. Il a attesté une capacité de travail nulle dans tous les types d'activité en raison de problèmes psychiques et physiques, en lien avec des douleurs de 6/10 au repos. Il a également transmis une attestation du 8 juillet 2022, dans laquelle il a exposé que l'assurée avait présenté un accident qui avait engendré des lombalgies handicapantes entraînant une mobilité réduite.

k) Par avis SMR du 17 août 2022, la Dre V._____ a préconisé la mise en œuvre d'une expertise en rééducation physique et rhumatologie, dont le mandat a été confié au Dr D._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, auprès du Centre d'expertises N._____ (ci-après : le Centre d'expertises N._____).

l) Le 12 décembre 2022, l'OAI a annexé un rapport du 1^{er} décembre 2022 du Dr I._____, dans lequel il indiquait que la situation médicale de l'assurée n'avait pas fondamentalement évolué depuis son dernier rapport et qu'elle présentait toujours un état dépressif récurrent et des troubles du sommeil, ainsi que des lombalgies chroniques post traumatiques depuis 2020, modérément compensées par du Tramadol gouttes.

m) L'expert D._____ a, dans son rapport du 12 janvier 2023, posé les diagnostics, ayant une incidence sur la capacité de travail, de syndrome lombo-vertébral, avec discopathies au niveau des deux derniers niveaux lombaires et avec une extrusion discale paramédiane gauche au niveau L5-S1, de fracture séquellaire de D8 avec perte de la hauteur estimée à 20 % selon l'examen IRM du 30 août 2021 et de kyste arthro-synovial du poignet gauche, selon l'examen échographique du 5 octobre 2022. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a mentionné le diagnostic de fibromyalgie avec un score de Wolfe à 25/31. Il a attesté une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : alternance des positions assise et debout, port de charges limité à 5 kg, éviter l'utilisation de la main gauche, éviter toute activité demandant une sécurité augmentée sur des échafaudages et des échelles, ainsi qu'éviter les activités avec une posture non ergonomique risquant de surcharger le rachis. Il a précisé que la capacité de travail dans une activité adaptée avait été nulle pendant les six mois nécessaires à l'immobilisation de la fracture en septembre 2020.

n) Par avis SMR du 9 février 2023, la Dre V._____ a estimé que l'expertise du Dr D._____ était convaincante et que ses conclusions pouvaient être suivies. Elle a indiqué qu'il n'y avait pas d'information au dossier que l'état de santé psychique de l'assurée s'était modifié depuis la première décision, y compris le courrier du 12 décembre 2022 du Dr I._____.

o) Par projet de décision du 4 avril 2023, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser des prestations de l'assurance-invalidité au vu de sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée et de son degré d'invalidité de 8.63 %, après comparaison des revenus avec et sans invalidité basés sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS).

p) Par courrier du 9 mai 2023, l'assurée, par l'intermédiaire de sa protection juridique, a fait part de ses objections au projet de décision précité. Elle a requis la poursuite de l'instruction médicale par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, en faisant notamment valoir que son état psychiatrique s'était détérioré à la suite de la perte de son frère en octobre 2021. Était annexée une attestation du Dr I. _____ du 26 avril 2023, selon laquelle l'assurée présentait « probablement » un état dépressif récurrent depuis 2012, qui s'était péjoré depuis la mort de son frère en octobre 2021.

q) Le 13 juin 2023, le Dr I. _____ a fait parvenir un rapport à l'OAI daté du même jour, dans lequel il a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de lombalgies post tassement lombaire et d'état dépressif récurrent. Il a attesté une capacité de travail nulle depuis le 13 février 2015 jusqu'au 1^{er} août 2023, tout en estimant, s'agissant de son pronostic sur la capacité de travail, une capacité de travail de 30 % au niveau physique. Il a indiqué que l'état dépressif récurrent était en péjoration à la suite du décès du frère de l'assurée en 2021 et à cause de la maladie grave de sa sœur. Il a également noté une aggravation des troubles du sommeil et de l'anxiété avec une asthénie importante « post covid ». Il a enfin mentionné les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail en position assise ou debout prolongée, pas de travail à genou ou accroupi, ni de rotation du haut du corps.

r) Faisant suite à une demande de renseignements de l'OAI du 13 juin 2023, le Dr T. _____ a répondu, par courrier du 6 novembre 2023, ne plus suivre l'assurée dans son cabinet, tout en précisant que son suivi

avait été de courte durée, ce qui ne lui permettait pas de se prononcer sur son état de santé actuel.

s) Par décision du 28 novembre 2023, l'OAI a confirmé son projet de décision du 4 avril 2023 et a refusé à l'assurée l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. Aux termes d'un courrier du même jour, faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a expliqué que, sur le plan psychique, les informations médicales transmises n'apportaient aucun élément nouveau démontrant une aggravation de l'état de santé de la recourante. Au niveau somatique, l'expert D. _____ avait donné une description clinique détaillée et une explication convaincante au maintien d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Quant au médecin traitant, il avait attesté une capacité de travail de 30 % au niveau physique, sans argument solide et objectif.

D. a) Par acte du 6 janvier 2024 (date du timbre postal), Z. _____ a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvel examen. En substance, elle a fait valoir que son incapacité de travail était totale. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, dans la mesure où son ancien psychiatre n'avait pas fourni de rapport, et que l'autorité intimée avait pris sa décision sans tenir compte de son état psychique.

b) Par réponse du 28 février 2024, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision querellée, en renvoyant à son courrier du 28 novembre 2023. Il a précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique en l'absence d'indices concrets en faveur d'une modification significative de l'état de santé psychique, survenue postérieurement à la décision de refus de prestations du 19 novembre 2018, confirmée par arrêt du 12 décembre 2019.

c) Répliquant le 22 mars 2024, la recourante a informé la Cour de céans que son état de santé psychiatrique s'était aggravé en 2022 et depuis le dernier rapport médical. Elle a produit une attestation du 1^{er} décembre 2022 du Dr I. _____, déjà présente au dossier.

d) Par déterminations spontanées du 5 avril 2024, la recourante a à nouveau indiqué que son état de santé psychiatrique s'était aggravé en 2022 et depuis le dernier rapport médical. Elle a transmis un rapport du Dr I. _____ du 4 avril 2024, selon lequel elle présentait toujours un état dépressif récurrent et des troubles du sommeil, ainsi que des lombalgies chroniques post traumatiques depuis 2020, avec une péjoration en 2022. Il ne pouvait dès lors que recommander une expertise à la fois psychiatrique et somatique afin de clarifier la situation.

e) Le 4 décembre 2024, la recourante a transmis à la Cour de céans un courrier du Dr I. _____ du 28 novembre 2024, qui indiquait que l'état de santé de l'intéressée s'était fortement dégradé ces derniers mois, qu'elle était connue pour une lombosciatalgie non-déficitaire datant de l'accident du 10 mars 2022, qu'elle avait reçu une infiltration épidurale L5-S1 gauche sous contrôle scanographique le 29 octobre 2024 et qu'elle devrait prochainement être convoquée en ambulatoire pour une intervention. La recourante a également produit un rapport non daté du Prof. R. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chef du Service de chirurgie spinale du Centre hospitalier Q. _____, qui mentionnait un séjour de cette dernière dans son service du 5 au 6 novembre 2024, après qu'elle s'est rendue aux urgences en raison de fortes douleurs. Ce rapport mentionnait une aréflexie achilléen gauche, une majoration d'une herniation discale à l'imagerie et l'indication à une intervention. Elle a encore produit un rapport relatif à une IRM du rachis lombaire du 6 novembre 2024 concluant, à l'étage L4-L5, à une discopathie débutante avec débord discal circonférentiel prédominant foraminaux gauche sans effet de masse, ni quatre lésions racines, ainsi qu'à l'étage L5-S1, à une majoration millimétrique de la hernie prolabée médiolatérale gauche avec effet de masse d'allure compressive sur la racine S1 gauche, ainsi qu'une

convocation du 6 novembre 2024 du Centre hospitalier Q._____ pour une intervention au Service d'hospitalisation de chirurgie spinale prévue le 11 novembre 2024.

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 de la suspension du délai durant les fêtes hivernales (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. Le litige a pour objet le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement le droit à une rente d'invalidité.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la

situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

b) En l'espèce, un éventuel droit à la rente se serait ouvert le 1^{er} octobre 2021 au vu de l'incapacité de travail qui a débuté en septembre 2020 (art. 28 al. 1 let. b LAI) et du dépôt de la nouvelle demande de prestations le 12 avril 2021 (art. 29 al. 1 LAI). Ce sont par conséquent les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 qui sont applicables.

4. 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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.

b) 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 évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement

être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

5. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). 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 la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). 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. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

6. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus

vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

b) Pour 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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, 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 asséurologique. 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 la personne assurée, 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 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

e) Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; TF 8C_105/22 du 12 juillet 2022 consid. 4.1).

7. En l'espèce, il est constant que l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations dont il a été saisi en avril 2021. Il convient par conséquent d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force et la décision litigieuse, l'état de santé de la recourante s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

a) Dans le cadre de l'instruction de la procédure initiée à la suite de la première demande de prestations de la recourante, l'OAI s'est essentiellement fondé sur le rapport d'expertise de la Dre L._____ du 3 juillet 2018 retenant les diagnostics de trouble de la personnalité mixte avec prédominance de traits anankastiques et anxieux, depuis le début de l'âge adulte (F61.0), ainsi que d'effets indésirables au cours de l'utilisation thérapeutique de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, syndrome de dépendance depuis mai 2015 environ (Y47). Elle a estimé que, depuis mi-mai 2015, la recourante disposait d'une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle d'employée dans un magasin, avec une baisse de rendement de 10 %, en raison des troubles du sommeil et de la fatigabilité. Dans une activité adaptée, la capacité de travail de la recourante était de 75 %, avec une baisse de rendement de l'ordre de 10 ou 15 %. Un sevrage de benzodiazépines était envisageable et permettrait de recouvrir une pleine capacité de travail d'ici deux ans environ.

C'est sur la base de cette appréciation, qui n'a pas été remise en cause par le rapport du Dr T._____ du 18 septembre 2018 (cf. avis SMR du 18 octobre 2018), que l'OAI a refusé le droit à la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité par décision du 19 novembre 2018, qui a été confirmée par la Cour des assurances sociales par arrêt du 12 décembre 2019 (AI 400/18 - 393/2019).

b) Pour statuer sur les prétentions de l'intéressée dans le cadre de sa seconde demande de prestations, l'OAI a mis en œuvre une expertise rhumatologique auprès de l'expert D._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie au Centre d'expertises N._____. Bien que la recourante se soit limitée à faire valoir, dans les brefs développements contenus dans son acte de recours, qu'elle serait en incapacité totale de travail, sans discuter les constats effectués lors de l'expertise, ni expliquer d'une quelconque manière en quoi il y aurait lieu de remettre en cause les conclusions de cette expertise, il convient d'en examiner la valeur probante.

aa) Sur le plan formel, le rapport d'expertise du 12 janvier 2023 de l'expert D._____ remplit les exigences requises par la jurisprudence pour se voir accorder une pleine valeur probante. En effet, l'expert a établi le contexte médical de la recourante, en résumant de manière détaillée son dossier (cf. p. 4 du rapport d'expertise du 12 janvier 2023 et annexe n° 1), recueillant d'ailleurs des renseignements qui n'y figuraient pas (cf. p. 7 de l'annexe n° 1). Après avoir fait état des indications, et notamment des plaintes, que la recourante avait exprimées dans le cadre d'un entretien ouvert (cf. p. 5 du rapport d'expertise du 12 janvier 2023), il a établi son anamnèse personnelle, familiale, professionnelle et sociale (cf. pp. 5-9 du rapport d'expertise du 12 janvier 2023), comprenant la description détaillée d'une journée-type (cf. p. 8 du rapport d'expertise du 12 janvier 2023), avant de procéder à l'examen clinique du rachis, du bassin ainsi que des membres supérieurs (ceinture scapulaire, épaules, coudes, mains et poignets) et inférieurs (hanches, genoux, chevilles et pieds) (cf. pp. 9-12 du rapport d'expertise du 12 janvier 2023).

S'agissant de ses constatations, l'expert D._____ a pris le soin de préciser que cet examen clinique n'avait été que « parcellaire », dès lors que l'intéressée, qui avait paru nerveuse et agitée lors de la consultation, avait refusé d'ôter son voile islamique et de se déshabiller devant lui, se plaignant d'avoir été victime par le passé de comportements « peu éthiques ». Face à cette situation, l'expert a exposé avoir fait appel à la responsable du centre d'expertises et avoir estimé avec elle que l'examen clinique pouvait valablement être effectué quand bien même la recourante avait choisi de rester habillée (cf. p. 9 du rapport d'expertise du 12 janvier 2023). Cela étant, l'approche adoptée par l'expert face au refus de la recourante de se dévêtir – qui n'a fait l'objet d'aucune contestation de l'intéressée – ne prête pas le flanc à la critique, ni n'est de nature à remettre en cause les constats de l'expertise. On observera en particulier que l'expert n'a pas formulé de réserves, dans la suite de son rapport, quant à la fiabilité et à la pertinence de ses constatations, si ce n'est s'agissant de la mesure du poids et du périmètre abdominal – dont l'expert a indiqué expressément qu'ils avaient été mesurés alors que la

recourante était habillée –, ainsi que s'agissant de l'examen de l'aspect visuel de certaines parties du corps, qui n'avait pas été possible, étant précisé que la palpation avait en revanche pu être effectuée comme envisagée, de même que les différentes mesures et tests de mobilité (cf. pp. 9-12 du rapport d'expertise du 12 janvier 2023).

bb) Sur la base de son examen clinique et du dossier radiologique de la recourante, l'expert D. _____ a posé les diagnostics, ayant une incidence sur la capacité de travail, de syndrome lombo-vertébral avec discopathies au niveau des deux derniers niveaux lombaires et avec une extrusion discale paramédiane gauche au niveau L5-S1, de fracture séquellaire de D8 avec perte de la hauteur estimée à 20 % et de kyste arthro-synovial du poignet gauche. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a mentionné le diagnostic de fibromyalgie avec un score de Wolfe à 25/31. Il a estimé que la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle de vendeuse était de 0 % depuis septembre 2020, époque de l'accident lui ayant causé une fracture par tassement de D8 et ayant mis en évidence des troubles dégénératifs étagés au niveau du rachis. L'activité de vendeuse, qui se passait essentiellement en position debout, ne correspondait en effet plus au profil d'effort. En revanche, la capacité de travail de la recourante avait été toujours été pleine et entière dans une activité adaptée, à l'exclusion de la période de six mois qui avait été nécessaire pour permettre l'immobilisation de la fracture subie en septembre 2020. En dépit de ses troubles dégénératifs lombo-vertébraux et dorsaux, l'expertisée était en mesure d'effectuer un travail lui permettant d'alterner les positions assise et debout et de limiter le port de charges jusqu'à 5 kg. En raison d'un problème de kyste non stabilisé au poignet gauche, elle devait également éviter l'utilisation de sa main gauche, de même que, par ailleurs, elle devait éviter toute activité qui demandait une sécurité augmentée sur des échafaudages ou des échelles, ainsi que les activités qui nécessitaient de prendre une posture non ergonomique risquant de surcharger le rachis. A cet égard, on relèvera que le Dr I. _____ a, dans son rapport du 31 août 2021, retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de

charges de plus de 5 kg, ni de travail accroupi, à genou ou avec les bras au-dessus des épaules.

c) L'analyse de l'expert D._____ n'est, en outre, pas sérieusement mise en doute par les pièces au dossier. Ainsi, si le Dr K._____ a posé le diagnostic de fracture ancienne D8 du plateau supérieur visible le 15 septembre 2020, il ne s'est en revanche pas prononcé sur la capacité de travail de la recourante, ni sur ses limitations fonctionnelles (cf. rapport du 2 février 2022). Il a par ailleurs indiqué, dans un rapport du 10 mars 2022, que les douleurs dorsales étaient relativement légères et qu'une ordonnance de physiothérapie était prescrite. De son côté, le Dr I._____ s'est limité, dans ses attestations des 6 mai 2021 et 8 juillet 2022, à indiquer que la recourante avait eu un accident engendrant des lombalgies handicapantes. S'agissant de la capacité de travail, il a toujours attesté qu'elle était nulle dans l'activité habituelle, ce qui n'est d'ailleurs pas contesté. En revanche, pour la capacité de travail dans une activité adaptée, il a attesté une capacité de travail de 20 % dans son rapport du 31 août 2021, de 0 % dans le questionnaire du 30 mai 2022 et a indiqué un pronostic de 30 % dans son rapport du 13 juin 2023. Outre que les considérations du Dr I._____ doivent être prises en compte avec retenue au vu de l'existence d'un lien de confiance avec la recourante et qu'il n'est pas rhumatologue, ses évaluations de la capacité de travail de la recourante ne sont nullement étayées et varient, alors même qu'il a mentionné, à plusieurs reprises, que la situation de la recourante n'avait pas évolué (cf. questionnaire du 30 mai 2022 et rapport du 1^{er} décembre 2022).

En procédure de recours, la recourante se prévaut encore d'une aggravation de son état de santé depuis 2022, en produisant un rapport du 1^{er} décembre 2022 du Dr I._____. Ce rapport faisait toutefois déjà partie du dossier et indiquait que la situation médicale n'avait pas fondamentalement évolué depuis son dernier rapport, la recourante présentant toujours des lombalgies chroniques post traumatiques depuis 2020. Le rapport du Dr I._____ du 4 avril 2024 ne fait que reprendre les mêmes indications que dans ses précédents rapports et la simple mention

d'une péjoration en 2022, sans autre développement, n'est pas suffisante à elle seule pour l'établir. Quant aux autres pièces produites, notamment le rapport du 28 novembre 2024 du Dr I._____ mentionnant une infiltration épidurale L5-S1 gauche sous contrôle scanographique le 29 octobre 2024, le rapport du Prof. R._____ faisant état d'une hospitalisation les 5 et 6 novembre 2024 et le rapport relatif à une IRM du rachis lombaire du 6 novembre 2024, elles sont toutes postérieures à la décision litigieuse rendue le 28 novembre 2023 et ne sauraient remettre en cause l'état de fait tel qu'il se présentait à cette date. On observera encore que le rapport de sortie établi par le Prof. R._____ fait état d'une chute, avec réception sur les mains, ainsi que d'une exacerbation des douleurs lombosciatalgiques, survenues en octobre 2024.

d) La recourante se plaint encore du fait que l'intimé a pris la décision litigieuse sans tenir compte de son état psychique. Elle fait également valoir que son état de santé psychique s'est dégradé depuis 2022.

aa) Pour rappel, il ressort de l'instruction de la première demande de prestations que la recourante souffrait d'un état dépressif récurrent et d'un trouble anxieux, existants depuis 2012 (cf. rapports des 6 juin 2016 et 16 janvier 2018 du Dr I._____). L'experte L._____ a retenu les diagnostics de trouble de la personnalité mixte avec prédominance de traits anankastiques et anxieux, depuis le début de l'âge adulte (F61.0), ainsi que d'effets indésirables au cours de l'utilisation thérapeutique de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, syndrome de dépendance depuis mai 2015 environ (Y47) (cf. rapport du 3 juillet 2018). Le Dr T._____ a, quant à lui, posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2), ainsi que de personnalité paranoïaque (F60.0) (cf. rapport du 18 septembre 2018). L'OAI a, dans sa décision du 19 novembre 2018, retenu que la recourante ne présentait aucune atteinte invalidante.

bb) Dans le cadre de sa deuxième demande de prestations déposée le 12 avril 2021, la recourante a fait état de douleurs au dos et de

problème psychique, sans autre précision. Dans le délai imparti par l'intimé pour établir une modification de son invalidité de nature à influencer ses droits (cf. courrier du 15 avril 2021), elle n'a produit que des pièces en lien avec ses problèmes somatiques (cf. rapport du 15 septembre 2020 relatif à une radiographie de la colonne cervicale, dorsale et lombaire, attestation du Dr I. _____ du 6 mai 2021 et demande au Centre hospitalier Q. _____ du 7 juin 2021). Ce n'est que par rapport du 31 août 2021 que le Dr I. _____ a mentionné que la recourante souffrait d'un état dépressif et de trouble du sommeil depuis novembre 2017. Or ce rapport ne démontre pas une modification de l'état de santé de celle-ci, comme l'a relevé, à juste titre, le SMR dans son avis du 30 mai 2022, dans la mesure où le Dr I. _____ indiquait déjà, dans un rapport du 31 août 2018, qu'elle souffrait d'un trouble dépressif récurrent. Par ailleurs, la recourante ne saurait se prévaloir des rapports du Dr I. _____ des 1^{er} décembre 2022 et 13 juin 2023, qui mentionnent seulement un état dépressif récurrent et des troubles du sommeil, sans autre précision, ni aucun développement en lien notamment avec la symptomatologie présentée ou avec l'existence d'un quelconque traitement que la recourante aurait entrepris auprès d'un spécialiste. A cet égard, on relèvera que le Dr T. _____, interpellé par l'intimé sur requête de la recourante, a indiqué qu'elle n'avait fait l'objet que d'un traitement de « courte durée », sans en préciser les circonstances, et qu'à la date du rapport, soit le 6 novembre 2023, elle n'était plus suivie dans son cabinet. On notera encore que le Dr I. _____ a, dans une attestation du 26 avril 2023, indiqué que la recourante présentait « probablement » un état dépressif récurrent depuis 2012, qui s'était péjoré depuis la mort de son frère en octobre 2021. Quant à l'attestation du Dr I. _____ du 4 avril 2024 produite en procédure, outre le fait qu'elle a été établie après la reddition de la décision litigieuse, force est de constater que le médecin traitant ne fait que répéter que la recourante présente toujours un état dépressif et des troubles du sommeil, sans plus de détails.

Aussi, à défaut d'indices suffisants laissant supposer que la recourante subirait une atteinte durable sur le plan psychique, c'est à bon

droit que l'office intimé n'a pas étendu l'instruction du dossier au volet psychiatrique.

e) Au vu de ce qui précède, il apparaît qu'en définitive l'office intimé était fondé à se référer à l'expertise probante de l'expert D. _____ du 12 janvier 2023 pour retenir que la recourante présente une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

8. La recourante n'émet pour le surplus aucun grief quant au calcul du degré d'invalidité. Vérifié d'office, le calcul opéré par l'intimé peut être confirmé. C'est ainsi à juste titre qu'il a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à la recourante compte tenu d'un degré d'invalidité de 8,63 %, calculé sur la base des données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires. L'intimé a pour le surplus estimé que la recourante pouvait, en particulier, mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple dans le domaine industriel léger, par exemple comme ouvrière à l'établi ou comme aide-administrative.

9. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, on ne voit pas en quoi la réalisation d'une expertise judiciaire comportant un volet psychiatrique serait de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

10. a) Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 28 novembre 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de Z._____.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Z._____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurance 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 :