

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 octobre 2012

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mmes Rossier et Moyard, assesseurs
Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Philippe Graf du Service juridique d'Intégration handicap à Lausanne,

et

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

Art. 53 al. 1 LPGA; 87 al. 3 et 4 RAI; 29 al. 2 Cst.

E n f a i t :

A. **a)** A. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1953, a travaillé à temps partiel en qualité de nettoyeuse jusqu'à la mi-octobre 2000 pour le compte de l'entreprise E. _____ SA à [...]. Elle a déposé une première demande de rente AI le 30 août 2002 en précisant souffrir d'une hernie discale et d'arthrose depuis 1995.

Dans un rapport médical du 17 août 2002 à l'assureur perte de gain de l'assurée, le Dr I. _____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant, a posé les diagnostics de lombosciatalgie gauche récidivante sur hernie discale L4-L5 (depuis 1997), de polyalgies (cervicalgies notamment) et d'état anxio-dépressif (s'aggravant progressivement). Il mentionnait une incapacité de travail de 100% dans toute activité à compter du 16 octobre 2001.

Dans un rapport médical à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) du 17 septembre 2002, le Dr Q. _____, spécialiste en médecine, réhabilitation et en maladies rhumatismales, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies gauches chroniques en relation avec une hernie discale postéro-latérale gauche L4-L5 et d'état anxio-dépressif majeur. Ce spécialiste indiquait une évolution de l'état de santé de l'assurée plutôt défavorable malgré la mise en œuvre d'un traitement de physiothérapie pour ses problèmes lombaires et la prise de médicaments pour son état dépressif. Il estimait qu'en raison de ses lombosciatalgies, l'assurée n'était plus apte à avoir un rendement quelconque en tant que nettoyeuse depuis le 23 avril 2001 sans qu'une autre activité ne puisse être exigée de sa part compte tenu de ses douleurs. Le Dr Q. _____ tenait pour probable une somatisation d'un syndrome dépressif, évoquant un probable trouble somatoforme. Pour lui, l'état tant physique que psychique empêchaient l'assurée d'avoir un rendement quelconque dans une activité, même légère.

Selon le formulaire 531 bis complété le 23 septembre 2002 par l'assurée, cette dernière indiquait qu'en bonne santé, elle travaillerait en tant que nettoyeuse à mi-temps par nécessité financière.

Il ressortait d'un questionnaire complété le 29 octobre 2002 par le dernier employeur de l'assurée que cette dernière avait été employée en qualité de collaboratrice préposée au nettoyage depuis le 1^{er} janvier 1999 à raison de quinze heures par semaine (soit à un taux d'activité de 36%). Sans atteinte à la santé, il était indiqué que l'assurée percevrait un salaire mensuel de 1'706 fr. 10 à compter du 1^{er} janvier 1999.

Au terme d'un rapport médical du 8 mars 2003 à l'OAI, le Dr I. _____ a confirmé les diagnostics retenus dans son rapport du 17 août 2002. Il a toutefois indiqué que l'incapacité de travail totale avait débuté le 23 avril 2001.

Dans une fiche d'examen du dossier No 1 établie le 19 septembre 2003, un collaborateur de l'OAI a indiqué que l'assureur perte de gain versait des indemnités journalières à 100% depuis le 23 avril 2001.

Selon un complément à son rapport médical du 17 septembre 2002, le Dr Q. _____ a notamment précisé, le 1^{er} décembre 2003, que l'incapacité de l'assurée à accomplir quelque activité tenait désormais principalement à son état psychique qui l'empêchait d'être rentable en toute activité que ce soit. Ce constat médical était partagé par le médecin traitant (le Dr I. _____) qui mentionnait, dans un rapport médical du 17 janvier 2004 à l'OAI, "un pronostic peu favorable du fait surtout des problèmes psychiques."

A la suite d'une enquête ménagère menée le 17 mai 2004 au domicile de l'assurée, l'enquêtrice K. _____ a établi son rapport d'enquête le 17 mai 2004. Il en ressortait un statut d'active à 50% et de ménagère à 50%. Après examen, l'enquête concluait à un empêchement

de 57.1% dans la part ménagère depuis le mois d'avril 2001. En dernière page, sous la rubrique "Commentaires éventuels par rapport à la dernière enquête", il était mentionné qu'un avis du Service médical régional (SMR) de l'AI s'avérerait utile afin de confirmer ou d'infirmer le taux précité dans les empêchements ménagers.

Dans un avis médical SMR du 20 juillet 2004, le Dr O. _____ a estimé qu'au vu des appréciations des Drs Q. _____ et I. _____, un examen psychiatrique devait être réalisé au SMR. Au terme d'un rapport d'examen psychiatrique SMR du 5 octobre 2004 faisant suite à un examen clinique de l'assurée du 1^{er} octobre 2004, la Dresse U. _____, psychiatre, n'a pas retenu de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de l'examinée, lui reconnaissant une pleine capacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Le 8 novembre 2004, le Dr Q. _____ a répondu comme il suit aux questions complémentaires qui lui étaient posées par le Dr O. _____ du SMR:

"1. Quel est le status rhumatologique actuel?

Madame A. _____ se plaint de lombalgies au moindre mouvement, lorsqu'elle est longtemps debout, lorsqu'elle est assise et dans toutes les activités ménagères, activités qui lui sont du reste pénibles.

Cliniquement, je constate d'importantes contractures paravertébrales lombaires, des douleurs à la pression de toutes les apophyses épineuses avec une prédominance pour L4. La mobilité est bonne avec un Schober à 10-14,5 cm et une distance doigt-sol à 10 cm. Sur le plan neurologique, le Lasègue est négatif ddc [des deux côtés], le Lasègue inversé positif ddc. Hyporéflexie rotulienne gauche. Les autres réflexes sont vifs et symétriques. Cutanés plantaires en flexion. La force musculaire est difficile à tester la patiente ne pouvant s'accroupir et il y a de nombreux lâchages. Il n'y a cependant pas d'importante parésie. Hypoesthésie tactile et douloureuse du membre inférieur gauche.

2. Quelles sont les limitations que vous avez pu mettre en évidence, sur le plan rhumatologique?

Cette patiente sera limitée dans toute activité de force, de charge, de mouvement répétitif du tronc ou d'activité en porte-à-faux.

Sur le plan purement clinique, le seul élément pathologique tout à fait objectivable est une diminution du réflexe rotulien gauche. Je rappelle qu'elle souffre d'une hernie discale postéro-latérale gauche L4-L5 et qu'une IRM de 1997 déjà avait montré une contrainte sur la

racine L4. Il est très vraisemblable que cette pathologie joue un rôle dans les plaintes de cette patiente.

3. Quelle est, toujours sur le plan rhumatologique, la capacité de travail exigible de cette assurée comme nettoyeuse?

Madame A. _____ pourrait travailler trois à quatre heures par jour avec un rendement cependant diminué.

4. Quelle serait sa capacité de travail dans une activité respectant les limitations sur le plan ostéo-articulaire?

Elle pourrait probablement travailler la mi-journée avec un rendement pratiquement normal, selon l'activité.

Dans d'autres activités, elle pourrait travailler la journée entière, toujours en diminuant son rendement.

Il est probable que dans une activité bien adaptée, elle pourrait être rentable à 50 %."

Dans un rapport d'examen SMR du 17 décembre 2004, le Dr O. _____ a retenu le diagnostic principal de lombosciatalgies récidivantes sur hernie discale lombaire (M51.1) entraînant une incapacité de travail de 50% depuis le 23 avril 2001 dans l'activité habituelle de nettoyeuse. Il considérait à l'inverse que dans une activité adaptée, l'assurée bénéficiait d'une pleine capacité de travail. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: éviter les activités de force, le soulèvement de charges, les mouvements répétitifs du tronc, la position prolongée du tronc en porte-à-faux, nécessité de pouvoir alterner les positions. Il soulignait qu'au vu des déclarations de l'assurée qui s'estimait inapte à pouvoir retravailler, des mesures de réadaptation étaient vraisemblablement contre-indiquées.

Par projet de décision du 7 septembre 2005, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente à l'assurée, en retenant notamment les constatations suivantes:

"Suite à des problèmes de santé, vous avez présenté des périodes d'incapacités de travail dans votre activité de nettoyeuse dès le 23 avril 2001. Toutefois, dans une activité adaptée à vos limitations (activités industrielles légères), une capacité de travail entière est raisonnablement exigible.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou la valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2002 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), frs 3'820.—par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 heures; La Vie économique, 8-2004, p. 94, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à frs. 3'982.35.- (frs 3'820.- x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de frs 47'788.20.--. Pour un taux d'activité de 50%, ce montant est donc de Fr. 23'894.10.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, par exemple certaines limitations liées au handicap, à l'âge, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou au taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc). Compte tenu de vos limitations fonctionnelles et de votre âge, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à frs 21'504.69.-.

Revenu professionnel annuel raisonnablement exigible:

sans invalidité	CHF	22'862.40
avec invalidité	CHF	21'504.69
la perte de gain s'élève à CHF		1'357.71 = invalidité de 5.93%

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
active	50%	5.93%	2.96%
ménagère	50%	57.10%	28.55%

Degré d'invalidité 31.51%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité. [...]"

Le 27 septembre 2005, l'assurée a formé opposition contre le projet de refus de rente précité.

Par décision sur opposition rendue le 15 mars 2007, l'OAI a rejeté l'opposition formée par l'assurée.

Par jugement du 21 novembre 2007 faisant suite au recours interjeté le 30 mars 2007 par l'assurée contre la décision sur opposition précitée, le Président du Tribunal des assurances a annulé cette décision et renvoyé le dossier à l'OAI afin qu'il complète l'instruction puis rende une

nouvelle décision. Le président du tribunal a notamment retenu qu'à la date de l'examen par le SMR le 1^{er} octobre 2004, la Dresse U. _____ n'était pas titulaire du titre de psychiatre FMH dont elle se prévalait, ni au bénéfice d'une autorisation de pratiquer selon le droit cantonal. La valeur probante de son rapport d'examen psychiatrique s'en trouvait affaiblie de telle sorte que le dossier de l'OAI ne contenait pas d'évaluation suffisamment circonstanciée de l'état de santé psychiatrique de l'assurée.

b) Reprenant l'instruction de la cause, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr A.A. _____, psychiatre et psychothérapeute. Dans son rapport d'expertise du 15 septembre 2008, ce spécialiste a posé le diagnostic de dysthymie (F34.1). Il exposait qu'il s'agissait de fluctuations d'humeur étroitement liées aux moments d'épuisement et de désespoir de l'assurée. Il notait que cette dernière ne prenait pas d'antidépresseurs et n'était pas suivie sur le plan psychiatrique. Le Dr A.A. _____ retenait qu'il n'existait aucune incapacité de travail ni diminution de rendement sur le plan psychiatrique. Il précisait que l'assurée était en mesure d'exercer toutes les activités accessibles avec sa formation et son expérience.

L'assurée a en outre fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique pratiqué le 19 novembre 2008 au SMR par le Dr H. _____, spécialiste en médecine physique et rééducation. Dans son rapport du 26 novembre 2008, ce spécialiste a retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de troubles statiques et dégénératifs du rachis (M.54.56) sous la forme d'une discopathie étagée avec hernie discale L4-L5 anamnestique, sans traduction neurologique. Les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail étaient ceux de symptomatologie algique diffuse chronique d'origine indéterminée, de trouble de la mémoire et de la concentration d'origine indéterminée et d'hypertension artérielle traitée. Au terme de son rapport d'examen, le Dr H. _____ a notamment relevé ce qui suit:

"En conclusion: cette assurée présente des troubles statiques et dégénératifs du rachis dorsolombaires associés à un important déconditionnement musculaire dans un contexte algique diffus,

évoluant depuis au moins 2000. L'examen, sur le plan ostéoarticulaire, n'a pas permis de mettre en évidence de substrat organique significatif pouvant expliquer la globalité des plaintes algiques de l'assurée. En présence d'antécédents de syphilis, avec des mouvements stéréotypés du MS [membre supérieur] associés à des phénomènes de troubles de la concentration, trouble de la mémoire, un diagnostic de suspicion de neuro-syphilis est pertinent.

Sur le plan strictement ostéoarticulaire, aucune atteinte à la santé à caractère incapacitant ou invalidant de longue durée n'a été mise en évidence chez cette assurée, hormis dans des activités à très fortes charges physiques. Les atteintes dégénératives mises en évidence au niveau du rachis et au niveau des 2 genoux sont responsables d'une incapacité de travail dans des activités à fortes charges. Les activités antérieures de l'assurée (femme de ménage, aide de cuisine) peuvent être considérées comme des activités à fortes charges. De ce fait, il est raisonnable d'imaginer une incapacité de travail de 50% dans de tels types d'activités. Les activités qui respectent les limitations fonctionnelles sont théoriquement possibles à un taux de 100%, sans diminution de rendement. L'évolution dans le temps par rapport aux incapacités de travail est extrêmement difficile à établir toutefois, au vu des documents radiologiques mis à disposition et de la notion d'une incapacité de travail évoluant depuis 2000, il est vraisemblable que depuis cette date, l'assurée présente une incapacité de travail de 50% dans son activité habituelle. Il est aussi vraisemblable que sur le plan ostéoarticulaire, elle présente une pleine capacité de travail dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles depuis 2000.

Les limitations fonctionnelles

Pas de port de charges supérieures à 7.5 kg de façon répétitive et occasionnelle de 10 kg, pas de position statique debout immobile au-delà de 10 à 15 minutes, diminution du périmètre de marche à environ 45 minutes, pas de position statique assise au-delà de 40 minutes, sans possibilité de varier les positions assises et debout. Pas de position en porte-à-faux, en antéflexion du rachis contre résistance.

[...]

Capacité de travail exigible

Dans l'activité habituelle: 50%

Dans une activité adaptée: 100% (strictement ostéoarticulaire)"

Par avis médical SMR du 15 décembre 2008, les Drs M. _____ et J. _____ ont conclu, sur la base du rapport d'examen rhumatologique du Dr H. _____, à la nécessité de mettre en œuvre une expertise auprès du Service de neurologie du [...] afin d'exclure une pathologie neurologique centrale d'origine infectieuse chez l'assurée.

A la suite de deux consultations ambulatoires qui ont eu lieu les 4 et 6 août 2009, les Drs G. _____, médecin associé, et P. _____, chef de clinique adjoint du Service de neurologie du [...] ont relevé dans

leur rapport d'expertise neurologique du 22 octobre 2009, que sur le plan neurologique, l'intéressée ne présentait aucune anomalie (en particulier pas de neurosyphilis) et qu'elle bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans ses emplois préalables, aucun diagnostic n'étant retenu sur ce plan.

Par avis médical SMR du 30 novembre 2009, la Dresse M._____ a observé ce qui suit sur la capacité de travail exigible de la part de l'assurée:

"En conclusion: suite à la décision du TCA, des investigations complémentaires médicales ont été menées, qui ne retiennent aucun diagnostic incapacitant sur le plan psychiatrique et sur le plan neurologique.

Sur le plan rhumatologique, depuis le 23.04.2001:

- les limitations fonctionnelles sont décrites dans l'examen SMR du 26.11.2008 (page 8/8)
- la capacité de travail est exigible à 50% dans l'activité habituelle
- la capacité de travail est exigible à 100% dans une activité adaptée."

Par communication du 15 décembre 2009, l'OAI a fait savoir à l'assurée que des mesures d'aide au placement lui seraient fournies.

A la suite d'une enquête ménagère menée le 2 février 2010 au domicile de l'assurée, l'enquêtrice de l'OAI a confirmé, dans son rapport du 11 février 2010, le statut précédemment retenu, savoir celui de 50% active et de 50% ménagère. L'enquête concluait à un empêchement de 36.2 % dans la part ménagère depuis environ dix ans.

Par projet de décision du 1^{er} avril 2010, l'OAI a rejeté la demande de rente présentée par l'assurée. Il a notamment relevé ce qui suit:

"Résultat de nos constatations

- La décision du jugement du Tribunal cantonal des assurances annule la décision sur opposition du 15.03.2007 pour complément d'instruction par une évaluation psychiatrique.

- Une expertise psychiatrique est réalisée en septembre 2008 auprès du Dr A.A._____. Il ressort des observations médicales une dysthymie sans répercussion sur la capacité de travail ni sur le rendement. Il est observé durant l'expertise un état général abaissé avec de grandes difficultés pour vous mouvoir. Au vu de ce fait

nouveau au plan somatique, un examen clinique rhumatologique est réalisé le 19 novembre 2008 auprès du Service médical régional AI. Cet examen conclut à des atteintes dégénératives au niveau du rachis et des deux genoux qui sont responsables d'une incapacité de travail dans des activités à fortes charges. La capacité de travail dans l'activité habituelle de nettoyeuse exigible est de 50% et la capacité de travail dans une activité adaptée est pleinement exigible. Il ressort également qu'une expertise neurologique est nécessaire et celle-ci est réalisée les 4 et 6 août 2009 au Service de neurologie du CHUV. Les conclusions de cette expertise médicale ne montrent aucun diagnostic neurologique retenu, ni aucune limitation fonctionnelle d'ordre neurologique.

- Au vu de l'ensemble des renseignements médicaux contenus au dossier, il ressort une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle de nettoyeuse. Par contre, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, telles que: pas de port de charges supérieures à 7.5 kg de façon répétitive et occasionnelle de 10 kg, pas de position statique debout immobile au-delà de 10 à 15 minutes, diminution du périmètre de marche à environ 45 minutes, pas de position statique assise au-delà de 40 minutes, sans possibilité de varier les positions assises et debout; pas de position en porte-à-faux, en antéflexion du rachis contre résistance, vous conservez une capacité de travail de 100%.

- En outre, une enquête ménagère a eu lieu le 02.02.2010 à votre domicile. Votre statut est resté identique, à savoir 50% active et 50% ménagère. L'évaluation des empêchements ménagers s'élève à 36.2%.

- Nous avons procédé au calcul du préjudice économique comme suit dans une activité adaptée.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2002, CHF 3'820.00 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 heures; La Vie économique 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 3'982.35 (CHF 3'820.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 47'788.20.

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 50%, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 23'894.10 par année.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).
Compte tenu des limitations fonctionnelles citées plus haut, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 21'504.69.

Afin de déterminer le préjudice économique, le revenu d'invalidé ci-dessus doit être comparé au revenu sans atteinte à la santé, soit CHF 22'862.40 à 50%, selon brochure Info Vaud 2002.

Revenu professionnel annuel raisonnablement exigible:

sans invalidité	CHF	22'862.40
avec invalidité	CHF	<u>21'504.70</u>

la perte de gain s'élève à CHF 1'357.70 = invalidité de 5.93%

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	50.00%	5.93%	2.97%
Ménagère	50.00%	36.20%	18.10%
Degré d'invalidité			21.07%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité."

Ce projet a été intégralement confirmé par décision du 27 mai 2010. Cette décision est entrée en force.

c) Dans un courrier du 24 juin 2010 adressé à l'assurée, l'OAI a relevé qu'à l'occasion d'une entrevue du 18 juin 2010, elle avait indiqué estimer ne plus être en état de reprendre une quelconque activité professionnelle à temps plein. L'OAI a souligné que dans de telles circonstances, une aide au placement telle qu'accordée par communication du 15 décembre 2009 n'avait aucune chance d'aboutir et que, sans nouvelle de la part de l'assurée d'ici au 9 juillet 2010, il serait mis un terme à l'aide accordée. L'assurée a fait savoir le 9 juillet 2010 à l'OAI qu'elle était ouverte à toute proposition de sa part quant à une mesure de réadaptation professionnelle.

Par communication du 30 septembre 2010, l'assurée a été mise au bénéfice de mesures d'orientation professionnelle au sens de l'art. 15 LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20) sous la forme d'un séjour à compter du 5 octobre 2010 auprès de l'entreprise N._____ à [...].

Dans un courriel adressé le 7 octobre 2010 à l'OAI, T._____, coordinatrice socioprofessionnelle auprès de N._____, a indiqué qu'après trois demi-journées de stage, les limites physiques de l'assurée ne lui permettaient en aucun cas de travailler au sein du secteur "couture" de l'entreprise. Droitière, elle ne pouvait utiliser sa main droite en raison d'une mobilité très réduite et d'une insensibilité conséquente. Aucun des travaux à disposition dans l'atelier en question ne lui était accessible. Elle ne pouvait en outre pas repasser en raison de douleurs au pied. Partant, une réinsertion professionnelle dans ce domaine semblait très peu réaliste. La coordinatrice socioprofessionnelle précisait que l'assurée avait manifesté le souhait de tester ses capacités auprès du secteur "multiservices et conditionnement" de N._____.

A l'occasion d'un second courriel du 9 novembre 2010, T._____ a fait savoir à l'OAI que dans le secteur "multiservices et conditionnement", l'assurée était très limitée dans ses capacités de travail physiques notamment en raison de ses problèmes de main. Si elle parvenait à effectuer certains travaux simples de conditionnement et mise sous pli, la motricité fine lui posait beaucoup plus de difficultés. Ainsi malgré sa motivation et son volontarisme, la coordinatrice socioprofessionnelle émettait de réels doutes quant à sa capacité réelle à pouvoir reprendre un emploi dans le secteur primaire de marché. Elle précisait à cet effet que ce point serait observé de manière plus détaillée au terme de l'évaluation de fin de stage.

A l'occasion du "bilan de stage" établi le 9 décembre 2010 et faisant suite à un stage du 5 octobre au 3 décembre 2010, les responsables de N._____ ont notamment observé ce qui suit au terme du stage qui s'est déroulé du 4 [recte: 5] octobre au 3 décembre 2010:

"Résumé de l'évaluation

Les observations que nous avons faites de Mme A. _____ dans le cadre d'une activité professionnelle adaptée et ne demandant pas de réel rendement ont mis en évidence de telles limitations physiques liées à sa santé qu'une reprise d'activité dans la première économie de marché nous semble illusoire. Les travaux de mise sous pli que Mme A. _____ a pu réaliser chez nous sont très simples, ne nécessitent pas de force et peu de dextérité. A relever que ce type de travaux n'existe que très peu voire pas du tout dans la première économie de marché. La nécessité de devoir alterner les positions, ajoutée aux autres limitations, implique un poste adapté et sans exigence de rendement. Notre constat est que la capacité de travail résiduelle de Mme A. _____ est extrêmement faible, en dépit de sa motivation et de sa volonté."

Par courrier du 22 décembre 2010 adressé en copie à l'assurée, N. _____ a informé cette dernière de son engagement à 50% dès le 7 février 2011.

Par communication du 21 avril 2011 à l'assurée, l'OAI a indiqué mettre un terme à l'aide au placement accordée compte tenu de son engagement en qualité d'ouvrière de production à mi-temps pour un revenu annuel d'invalide de 4'560 fr. auprès de N. _____.

d) Dans un courrier du 29 avril 2011 à l'OAI, le conseil de l'assurée a relevé que le bilan de stage établi le 9 décembre 2010 par les responsables de N. _____, qui constatait l'extrême faiblesse de la capacité de travail de l'intéressée en dépit de sa motivation et de sa volonté, constituait une preuve nouvelle contredisant radicalement l'avis médical SMR émis le 15 décembre 2008. A son avis, l'office AI ayant échoué à définir une activité adaptée à l'état de santé de l'assurée, il se justifiait dès lors de réviser sa décision de refus de rente du 27 mai 2010.

En réponse au courrier précité, l'OAI, dans un courrier du 10 juin 2011 adressé au conseil de l'assurée, s'est déterminé en ces termes:

"En l'état du dossier, il n'y a pas motif à réviser ladite décision sauf péjoration de l'état de santé, laquelle doit être rendue plausible par les art. 87 et suivants du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI). La nouvelle demande ne peut être examinée, en application des articles précités que s'il est établi de façon plausible que l'invalidité ou l'impotence de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

Attendu que dans ce type particulier de procédure, il n'appartient pas à l'Office AI, mais à l'assuré de fournir les éléments rendant plausible une éventuelle modification du degré d'invalidité, nous vous impartissons un délai de 30 jours pour:

1. Produire, à vos frais, un rapport médical détaillé précisant entre autres:

- Le diagnostic
- La description de l'aggravation de votre état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle est survenue
- Le nouveau degré de votre incapacité de travail
- Le pronostic et d'autres renseignements utiles.

2. Ou pour apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision (par exemple: modification de votre situation professionnelle et/ou familiale).

Passé ce délai et sans nouvelles de votre part (ou si les éléments, qui nous seraient apportés entre-temps, ne renfermaient rien de nouveau), nous devons considérer que vous n'avez pas rendu plausible la modification de votre degré d'invalidité et une décision de non-entrée en matière vous sera notifiée.

Par ailleurs au cas où votre courrier du 29.4.2011 devrait être interprété comme une demande de reconsidération au sens de l'article 53, al.2 LPGA, nous précisons que nous n'entrons pas en matière sur une telle requête."

Le 13 juillet 2011, le conseil de l'assurée a produit un rapport médical du 11 juillet 2011 qui lui avait été adressé par la Dresse Z._____, spécialiste FMH en médecine générale, à la teneur suivante:

"Voici les réponses aux questions posées par l'Office AI dans sa lettre du 10.06.2011.

Diagnostics:

- Fibromyalgie.
- Lombalgies sur troubles statiques et dégénératifs avec discopathie étagée de L3 à S1.
- HTA [hypertension artérielle].
- Dysthymie.

Description de l'aggravation de l'état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle est survenue:

La patiente susnommée signale une aggravation des douleurs diffuses fibro-musculaires depuis quelques semaines en rapport avec sa nouvelle activité à N._____. Cette activité sollicite davantage ses articulations et son dos qu'auparavant entraînant une exacerbation des douleurs.

Mme A._____ accuse une aggravation de la dysthymie liée à la symptomatologie douloureuse et aux limitations fonctionnelles ostéo-articulaires.

Degré d'incapacité de travail:

- Incapacité de travail à 70% dès le 11.07.2011

Le pronostic est réservé."

Le conseil de l'assurée observait que la Dresse Z._____ avait rendu tout à fait plausible la modification du degré d'invalidité de

l'intéressée, ce que corroborait les conclusions énoncées le 9 décembre 2010 par N._____. Il devait dès lors être entré en matière sur la demande de révision de la décision.

Dans un avis médical du 10 août 2011 se prononçant sur le rapport du 11 juillet 2011 de la Dresse Z._____ produit en lien avec la demande formulée par l'assurée, le Dr J._____ du SMR s'est exprimé en ces termes:

"Appréciation:

Il n'y a pas de modification des diagnostics depuis la dernière décision. La fibromyalgie au sens strict ne peut être retenue en présence des points de contrôle positifs, comme l'a mentionné le Dr H._____, rhumatologue, dans son rapport d'examen clinique du 19.11.2008. Cette question de terminologie est toutefois sans incidence sur l'appréciation de la capacité de travail dès lors qu'il s'agit d'une symptomatologie à caractère non organique, telle que celle mise en évidence par l'examen clinique rhumatologique du 19.11.2008.

L'aggravation alléguée repose sur l'argumentation des douleurs diffuses, ce qui est un élément subjectif non corrélé à une aggravation de la pathologie organique. La dysthymie reste une affection non invalidante.

En l'absence d'éléments médicaux objectifs d'aggravation de l'état de santé apportés par le rapport de la Dresse Z._____, nous devons conclure que l'état de santé objectif de l'assurée est inchangé. Seule l'appréciation de la capacité de travail diffère. Nous ne pouvons pas tenir compte de l'appréciation de la Dresse Z._____ sur ce point parce que, sans aggravation de l'état de santé, l'exigibilité ne peut pas être révisée après une décision entrée en force."

En annexe à un courrier du 7 septembre 2011 à l'OAI, le conseil de l'assurée a produit un certificat médical établi le 26 août 2011 par la Dresse Z._____. Cette dernière y attestait une maladie de longue durée totalement incapacitante ayant débuté le 29 août 2011.

Par projet de décision du 2 février 2012, l'OAI a décidé de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. Il se ralliait à l'avis médical SMR du 10 août 2011 du Dr J._____ et considérait que l'assurée avait échoué à rendre vraisemblable que les conditions de fait

s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision de refus.

Le 13 avril 2012, le conseil de l'assurée a fait part de ses objections sur le projet de décision précité. Il soulignait ainsi que le "non potentiel de réadaptation" de l'assurée était attesté par le bilan de stage de N._____ du 9 décembre 2010 et que ce non potentiel n'était lié qu'aux limitations physiques liées à la santé de l'assurée.

Par décision du 18 avril 2012, l'OAI a confirmé le refus d'entrer en matière signifié selon projet du 2 février 2012. Il a en outre adressé une motivation détaillant sa position le 15 mai 2012.

B. Par acte du 18 mai 2012, A._____, par son conseil, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de refus d'entrer en matière rendue le 18 avril 2012. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens qu'elle a droit au versement d'un trois-quarts de rente dès le 1^{er} avril 2012, avec intérêts à 5% l'an. A l'appui de son recours, elle se réfère aux courriels adressés les 7 octobre et 9 novembre 2010 par N._____ à l'OAI, ainsi qu'au bilan de stage établi le 9 décembre 2010 par N._____, qui constituent à ses yeux des moyens de preuve nouveaux de nature à établir des faits importants qui n'avaient jusqu'ici pas été retenus (savoir qu'elle ne peut utiliser sa main droite alors qu'elle est droitière, que la motricité fine lui pose problème, que son rendement se situe à moins de 10% et que la reprise d'une activité dans l'économie de marché est illusoire). Elle soutient que le bilan de stage du 9 décembre 2010 ne se contente pas de donner une appréciation différente de celle du SMR et de l'intimé, mais explique son incapacité de travail totale par ses limitations physiques, en dépit du fait qu'elle s'applique, fait beaucoup d'efforts et qu'elle est volontaire, motivée et très ponctuelle. Elle fait en outre valoir que c'est à tort que l'intimé a retenu un revenu avec invalidité de 21'504 fr. 70, alors que son revenu avec invalidité ne saurait dépasser 4'560 fr. par an. Elle en déduit que le revenu avec invalidité de 4'560 fr. par an, comparé au revenu sans invalidité de 22'862 fr. 40, conduit à retenir un

degré d'invalidité de 80% pour la part active, soit un degré d'invalidité total de 58.10%. En dernier lieu, elle se plaint d'une violation de son droit d'être entendue, au motif que l'intimé n'aurait pas examiné ni mentionné les objections qu'elle a formulées le 13 avril 2012. Elle admet toutefois que le vice soit réparé moyennant que l'OAI se détermine sur le point de savoir pourquoi l'absence avérée de tout potentiel de réadaptation ne fonderait pas la révision d'une rente refusée, puisqu'un potentiel de réadaptation réactivé peut motiver à lui seul la révision d'une rente octroyée.

Dans sa réponse du 26 juillet 2012, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. A la question de savoir si une absence de potentiel de réadaptation, attestée uniquement par un rapport de stage, constitue un motif de révision ou un moyen de preuve nouveau, l'intimé répond par la négative.

Par réplique du 7 août 2012, la recourante précise se baser sur l'art. 53 al. 1 LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1) et non sur la disposition de l'art. 87 RAI (Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201). Elle reproche à l'OAI de ne pas être en mesure de définir une activité adaptée à son état de santé, de telle sorte qu'il n'est selon elle pas envisageable de lui imputer une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Dans sa duplique du 16 août 2012, l'intimé indique maintenir les conclusions de sa réponse.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi

fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

2. La recourante fait valoir en bref que le bilan de stage du 9 décembre 2010 établi par les responsables de N. _____ constituerait un moyen de preuve nouveau justifiant la révision de la décision de refus rendue le 27 mai 2010. Elle conteste par ailleurs le calcul des revenus retenus à l'appui de cette décision pour déterminer son taux d'invalidité en lien avec la part active. La recourante se plaint enfin d'une violation de son droit d'être entendue, au motif que l'intimé n'aurait pas mentionné ni discuté les moyens soulevés à l'occasion de ses objections du 13 avril 2012.

3. La recourante est d'avis qu'il y a matière à révision de la décision entrée en force du 27 mai 2010 compte tenu des éléments contenus dans le bilan de stage du 9 décembre 2010 de N. _____.

Quand bien même il apparaît douteux que cette question puisse être considérée comme constituant l'objet même du litige, dès lors que la décision en cause n'a trait qu'à la non entrée en matière de l'intimé sur la nouvelle demande de prestations, elle sera traitée ci-après.

a) Selon 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. Sont "nouveaux" au sens de cette disposition,

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. 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 prouver 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. Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas 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 expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour le jugement (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références).

b) En l'espèce, le rapport de stage N. _____ de décembre 2010 ne constitue à l'évidence pas un fait "nouveau" important. En particulier, rédigé le 9 décembre 2010, il ne pouvait servir à l'établissement des faits qui se seraient produits jusqu'au moment où des allégations de fait étaient encore recevables contre la décision de la fin mai 2010. Ce rapport de stage n'est pas non plus propre à remettre en question les éléments médicaux qui ont conduit à la décision de mai 2010.

Il ne s'agit que d'observations effectuées à l'occasion d'un stage, qui au demeurant n'émanent pas de médecins. Or il est constant que les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée pendant le stage (TFA I 762/2002 du 6 mai 2003, consid. 2). Il n'y a dès lors pas lieu de suivre la recourante dans ses explications relatives à la révision de la décision du 27 mai 2010, entrée en force, et dont il n'est dès lors pas justifié de revoir les bases de calcul, dans la mesure où les conditions d'une révision procédurale ne sont pas réalisées.

4. La décision attaquée ayant pour objet la non entrée en matière de l'intimé sur la nouvelle demande de prestations de la recourante, il convient encore d'examiner si ce refus de l'office était fondé.

a) Aux termes de l'art. 87 al. 3 RAI (Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011 matériellement applicable en l'espèce (désormais art. 87 al. 2 RAI), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. De même, lorsqu'une rente avait été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions posées à l'art. 87 al. 3 RAI sont remplies (art. 87 al. 4 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force de s'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b et 109 V 108 consid. 2a). Ainsi, lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles; si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière

(ATF 117 V 198 consid. 3a; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 1.2). A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 consid. 2b).

b) Selon la jurisprudence fédérale, le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 195 consid. 2, 122 V 158 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Eu égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration peut appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPGA) – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101]). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestation ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008, consid. 2.3). Il s'ensuit que les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre, dans lequel l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les

pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (TF I 597/2005 du 8 janvier 2007, consid. 4.1 et les références citées).

c) En l'espèce, il n'y a pas lieu d'examiner si, entre la décision de refus de prestations du 27 mai 2010 entrée en force 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, dès lors que l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande. Il faut donc se limiter à examiner si la recourante, dans ses démarches auprès de l'OAI à partir du mois d'avril 2011, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations. En d'autres termes, la présente procédure ne porte que sur le point de savoir si la recourante a rendu plausible, devant l'intimé, une péjoration de son état de santé depuis la décision de refus de rente.

En l'occurrence, la recourante a produit un rapport médical de la Dresse Z. _____ du 11 juillet 2011. Or à l'examen de ce rapport, on observe que la Dresse Z. _____ retient des diagnostics concernant des affections qui étaient déjà connues. En outre, ses constatations relatives à une aggravation de l'état de santé sont exclusivement fondées sur les plaintes de la recourante, sans que le bien fondé de ces allégations n'ait été discuté ni confirmé par des constats objectifs. Quant au certificat médical du 26 août 2011 de la Dresse Z. _____, vu son caractère - qui diffère par essence de celui d'un rapport médical quant à la précision ainsi qu'à la motivation des éléments d'ordre médical qu'il énonce -, il n'est pas propre en lui-même à établir une péjoration de l'état de santé de la recourante justifiant d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations.

Ainsi qu'on l'a vu (cf. consid. 3b supra), les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas et l'emportent ainsi sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle lesquelles, sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré

pendant le stage (TF 9C_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4; TFA I 762/2002 du 6 mai 2003, consid. 2, I 522/2000 du 22 mai 2001, consid. 2). Les informations recueillies au cours d'un stage d'observation professionnel, si elles constituent, en complément des données médicales, un élément utile à l'appréciation de la capacité résiduelle de travail d'un assuré, ne sauraient en effet supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (TFA U 373/2005 du 22 septembre 2006, consid. 4.2 et I 642/2003 du 30 juin 2004, consid. 4.3). En l'occurrence, le bilan de stage du 9 décembre 2010 de N._____, au demeurant établi seulement six mois après la décision du 27 mai 2010, n'est pas non plus propre à remettre en question les éléments médicaux qui ont conduit à ladite décision. C'est par conséquent à tort que la recourante s'y réfère afin de démontrer une péjoration de son état de santé.

d) Au vu de ce qui précède, il convient de retenir que la recourante n'a pas établi de façon plausible une aggravation de son état de santé. Dès lors, c'est à juste titre que l'office intimé a conclu que les conditions de l'art. 87 RAI n'étaient pas réalisées et qu'il a refusé d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations.

5. a) Le droit d'être entendu, prévu à l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101), constitue une garantie générale de procédure. Il comprend le droit pour l'administré, respectivement le justiciable, de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer le sort de la décision, d'avoir accès au dossier, enfin de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 136 V 351 consid. 4.4, 132 V 368 consid. 3.1; TF 9C_705/2009 du 21 décembre 2009, consid. 1.2.2; TFA I 507/2003 du 15 janvier 2004, consid. 2.2 et les références). La procédure de notification d'un projet de décision concrétise la garantie du

droit d'être entendu dans le cadre de la procédure préalable: par la notification d'un tel acte, l'administration informe l'assuré de la suite qu'elle entend donner à sa requête, généralement sur le fond, et lui permet de se prononcer sur les éléments retenus (TF 9C_115/2007 du 22 janvier 2008, consid. 5.2; voir aussi Kieser, ATSG Kommentar, Zurich 2009, n°7 et 8, ad art. 42 LPGA et les références).

S'agissant d'une garantie constitutionnelle de caractère formel, la violation du droit d'être entendu doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (TF I 68/2007 du 11 janvier 2008, consid. 2 et les références). Toutefois, selon la jurisprudence, une telle violation est réparée – à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (TF I 904/2006 du 19 mars 2007, consid. 4.3 et les références; cf. aussi Kieser, op. cit., n°9 ad art. 42 LPGA).

b) La recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendue, au motif que l'intimé n'aurait pas examiné ni mentionné les objections qu'elle a formulées le 13 avril 2012. S'il est douteux que ce droit ait été violé en procédure de première instance conduite devant l'office intimé, on doit constater que dans sa réponse du 26 juillet 2012, l'intimé s'est déterminé sur le point de savoir si l'absence avérée de tout potentiel de réadaptation était apte à fonder la révision d'une rente refusée. Ainsi, la violation éventuelle du droit d'être entendu de la recourante a quoi qu'il en soit été réparée en recours devant la cour de céans.

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

b) La recourante ne peut pas prétendre de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ailleurs, la procédure est onéreuse et la recourante, qui voit ses conclusions rejetés, devrait en principe supporter les frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par

renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Dès lors que la recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais, fixés à 400 fr., resteront provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 18 avril 2012 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 laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

- V.** Le 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, tenu au remboursement des frais judiciaires mis 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 Philippe Graf du Service juridique d'Intégration handicap (pour A. _____),
- 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 :