

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 14 juin 2013

---

Présidence de        Mme     BRÉLAZ BRAILLARD  
Juges     :        Mme Di Ferro Demierre et M. Monod, assesseur  
Greffière     :        Mme     Berberat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Y.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Laurent Damond, avocat  
à Lausanne,

et

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

---

**Art. 87 al. 3 et 4 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** Y.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1957, couturière de formation, travaillait en qualité d'ouvrière dans un atelier de montage à [...], lorsqu'elle a été victime le 27 novembre 1996 d'une chute d'une chaise. Souffrant de douleurs diffuses à la face externe de la hanche droite, l'assurée a présenté depuis cette date des périodes d'incapacité de travail (rapport d'examen du 26 janvier 1998 du Dr B.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents [CNA], laquelle a pris en charge le cas). Le contrat de travail de l'assurée a finalement été résilié pour le 31 mai 1998 en raison d'une restructuration.

Le 24 février 1999, Y.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi d'une rente.

Dans un rapport du 31 mars 1999, la Dresse W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de troubles somatoformes douloureux dans un contexte dépressif léger et de troubles statiques et dégénératifs du rachis et périarthropathie de la hanche droite, retenant une incapacité de travail totale depuis le 4 mars 1998. Cette praticienne a également déposé plusieurs rapports médicaux de spécialistes corroborant les diagnostics retenus. Le 25 septembre 2001, la Dresse W.\_\_\_\_\_ a signalé un état de santé stationnaire, avec un syndrome douloureux impressionnant et une multitude de plaintes, dont des troubles digestifs, des douleurs abdominales, des métrorragies et des crises de panique, la capacité de travail étant nulle.

Dans un rapport d'expertise du 27 septembre 2002, se référant au DSM IV, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, assisté de N.\_\_\_\_\_, psychologue FSP, a posé les diagnostics de trouble somatoforme indifférencié de degré léger (sur l'axe I), de personnalité à

traits dépendants (sur l'axe II) et de difficultés professionnelles, licenciements (sur l'axe IV).

Pour l'expert, d'un point de vue psychopathologique, les documents en sa possession et l'anamnèse permettaient clairement d'affirmer que l'assurée avait développé un état anxio-dépressif au début de 1998, lequel avait pris racine dans un contexte professionnel conflictuel associé à un épuisement personnel lié aux problèmes de santé de son époux. Il a retenu que les signes discrets de la lignée dépressive, constatés lors de son examen clinique, étaient insuffisants pour rentrer dans le cadre d'un état dépressif majeur, voire même mineur, telle une dysthymie. En conclusion, d'un point de vue strictement psychiatrique, il a fixé à 20 % au maximum dans toute activité adaptée à ses problèmes somatiques le taux d'incapacité de travail de l'assurée. Il a relevé que l'incapacité de travail avait pu être supérieure en 1997-1998, en raison d'un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive, suivie d'une amélioration dès 2000.

Dans un rapport d'examen SMR du 1<sup>er</sup> octobre 2002, le Dr J.\_\_\_\_\_, se référant à l'expertise du Dr M.\_\_\_\_\_, a retenu comme atteinte principale à la santé des troubles somatoformes indifférenciés de degré léger sans comorbidité psychiatrique. Il a attesté une incapacité de travail de 100 % dès le 4 mars 1998 jusqu'à fin décembre 1999, puis une incapacité de travail inférieure à 20 % dès janvier 2000, en l'absence de limitations fonctionnelles.

Par décision du 28 avril 2003, confirmée sur opposition le 24 juin 2004, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> mars 1999 au 31 mars 2000, compte tenu d'un taux d'invalidité de 100 %, puis a supprimé cette prestation à compter du 1<sup>er</sup> avril 2000, en raison de l'amélioration de l'état de santé de l'intéressée.

Le 27 août 2004, l'assurée a recouru contre cette décision, concluant principalement à l'octroi d'une rente entière non limitée dans le

temps et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire. A cette occasion, elle a déposé un rapport d'expertise du 1<sup>er</sup> juillet 2004 établi par la Policlinique S.\_\_\_\_\_ de [...] (ci-après : la Policlinique S.\_\_\_\_\_) qui, se basant sur des examens psychiatrique et rhumatologique, a posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant sévère et de lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs avec spondylolisthésis L5-S1 de premier degré et a fixé à moins de 20 %, dans une activité adaptée, le taux de capacité de travail de l'assurée.

Par jugement du 17 octobre 2005 (AI 91/04 - 158/2005), le Tribunal des assurances a rejeté le recours formé par l'assurée. Se fondant sur l'expertise du Dr M.\_\_\_\_\_, à laquelle il a reconnu une pleine valeur probante, et s'écartant de l'avis des médecins de la Policlinique S.\_\_\_\_\_, il a considéré que l'assurée ne présentait pas de comorbidité psychiatrique et qu'il n'y avait pas lieu, au vu des critères en la matière posés par la jurisprudence, de reconnaître un caractère invalidant au diagnostic de trouble somatoforme.

Par arrêt du 22 mars 2007 (cause I 53/06), le Tribunal fédéral a rejeté un recours formé par l'assurée. Il a retenu que cette dernière ne présentait pas d'invalidité sur les plans psychique et somatique et que l'expertise de la Policlinique S.\_\_\_\_\_ n'était pas de nature à mettre en doute les conclusions de l'expertise du Dr M.\_\_\_\_\_ ou de nécessiter un complément d'instruction.

**B.** Le 20 décembre 2007, Y.\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, tendant à l'octroi d'une rente. Elle alléguait souffrir de fibromyalgie avec un handicap articulaire et musculaire, de douleurs insupportables au niveau de tout le corps et d'une dépression sévère.

Dans un rapport du 14 janvier 2008 à l'OAI, la Dresse W.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de dépression sévère et de syndrome douloureux chronique associé à des rachialgies sur troubles dégénératifs,

une gonarthrose débutante et une fibromyalgie évoluant depuis 1996, puis a attesté une aggravation progressive et sévère de l'état de santé de sa patiente. Elle a en outre mentionné un déconditionnement physique global et des troubles psychiatriques empêchant toute réinsertion professionnelle, un travail adapté n'étant pas possible. Cette praticienne a notamment déposé les pièces médicales suivantes :

- Un rapport du 27 juin 2007 du Dr G.\_\_\_\_\_, du service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation de l'hôpital Z.\_\_\_\_\_, se prononçant sur les limitations fonctionnelles de l'assurée et suggérant un nouvel examen, notamment sur le plan psychique.

- Un rapport du 20 juillet 2007 du Dr G.\_\_\_\_\_ se ralliant à l'expertise du Dr M.\_\_\_\_\_ et faisant état d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée, sur la base d'un spondylolisthesis, d'une IRM parlant en faveur d'une instabilité à ce niveau et de radiographies. Il a également signalé un état dépressif plus marqué, suggérant une évaluation psychiatrique.

- Un rapport du 10 décembre 2007 de la Dresse V.\_\_\_\_\_, du service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur de l'hôpital Z.\_\_\_\_\_, mentionnant un séjour de trois semaines dans ce service et retenant la présence d'un syndrome douloureux chronique invalidant de l'appareil locomoteur d'origine multifactorielle. Elle a également relevé des limitations physiques au même titre qu'une importante pathologie psychiatrique, le tout rendant la patiente inapte à toute activité professionnelle.

Dans un formulaire daté du 14 janvier 2009, l'assurée a déclaré que, si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 100 % par nécessité financière.

Dans un rapport du 11 février 2008 à l'OAI, la Dresse V.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique de l'appareil locomoteur d'origine multifactorielle, d'épisode dépressif sévère

et de troubles de la personnalité avec traits dépendants et passifs agressifs. Elle a signalé des douleurs ostéo-articulaires et musculaires multiples, proposé une évaluation psychique et retenu une incapacité de travail totale comme ouvrière et dans une autre activité.

Dans un rapport du 14 février 2008, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, a retenu les diagnostics d'épisode dépressif sévère, de trouble psychotique et de syndrome douloureux persistant avec troubles dégénératifs, puis une incapacité de travail totale depuis mars 1998. Il a fait état d'un suivi depuis le 15 octobre 2007, puis constaté notamment une thymie déprimée, des angoisses, un sentiment d'impuissance et des envies suicidaires. Ce médecin a également remis un rapport du 11 décembre 2007 du département de psychiatrie de l'hôpital Z.\_\_\_\_\_, posant les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, de syndrome douloureux somatoforme persistant et de probable trouble mixte de la personnalité avec traits dépendants et passifs-agressifs, puis constatant une symptomatologie dépressive claire et extrêmement inquiétante en raison de mouvements régressifs associés à des idées suicidaires, et signalant des recrudescences anxieuses avec idées suicidaires.

Par avis médical du 8 avril 2008, le Dr L.\_\_\_\_\_, du SMR a préconisé un examen rhumatologique et psychiatrique. Il a ainsi constaté que le Dr K.\_\_\_\_\_ attestait une aggravation de l'état de santé de l'assurée, alors que la Dresse W.\_\_\_\_\_ faisait état d'une aggravation sur le plan somatique avec une gonarthrose débutante sans indication clinique, ni précisions quant aux éventuelles limitations fonctionnelles.

Dans un rapport du 22 mai 2008 faisant suite à un examen clinique de l'assurée, les Drs X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et O.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, n'ont retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail du point de vue ostéoarticulaire et psychiatrique. Ils ont conclu à la présence d'un trouble somatoforme douloureux, sans toutefois constater la présence d'une comorbidité psychiatrique ou des critères de sévérité dégagés par la

jurisprudence. Au vu de ces éléments, ils ont estimé que l'assurée présentait depuis mars 1998 une capacité de travail entière tant dans l'activité habituelle (ouvrière en montage de connecteurs électroniques) que dans une activité adaptée.

Par décision du 30 septembre 2008, confirmant un projet de décision du 17 juin 2008, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à des prestations d'invalidité. Il a notamment considéré que le rapport d'examen du SMR emportait valeur probante, que ses médecins traitants n'attestaient pas d'aggravation significative de son état de santé depuis la décision sur opposition du 24 juin 2004 et que l'expertise de la Policlinique S. \_\_\_\_\_ était dénuée de valeur probante, de sorte que le droit à la rente devait être nié.

Saisie d'un recours de l'assurée, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud (Casso) a ordonné une expertise judiciaire qu'elle a confiée au Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel s'est adjoint comme coexperte les services de la Dresse R. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne. Au terme de leur discussion, les experts ont posé de manière consensuelle les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, d'épisode dépressif moyen, de signes d'un syndrome trophostatique avec une projection antérieure du cou, de ptose des épaules et d'affaiblissement du tronc, qui n'engendraient aucune incapacité de travail (rapports d'expertise des 29 juin et 1<sup>er</sup> juillet 2010).

Par jugement du 12 mai 2011 (AI 547/08 - 251/2011), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours formé par l'assurée en retenant que les conditions d'une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA n'étaient pas remplies, en l'absence de toute aggravation de son état de santé susceptible de modifier son droit à la rente pendant la période déterminante. Elle a ainsi constaté que les rapports d'expertise judiciaire, qui revêtaient pleine valeur probante et correspondaient largement aux constatations des médecins du SMR, concluaient à une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

L'appréciation des médecins traitants - qui retenaient les mêmes diagnostics que les experts - quant à la capacité de travail ne pouvait dès lors pas être suivie, dans la mesure où ces derniers avaient reconnu les plaintes subjectives de l'assurée comme invalidantes sans les confronter aux éléments objectifs.

Par jugement du 18 octobre 2011 (9C\_509/2011), le Tribunal fédéral a rejeté le recours de l'assurée considérant notamment que :

"3.3 La recourante ne démontre pas en quoi les premiers juges auraient procédé à une appréciation arbitraire des faits. Elle n'oppose aucun argument au raisonnement tenu par l'instance cantonale pour conclure à la pleine valeur probante des rapports d'expertise judiciaire et ne mentionne aucun défaut évident dont ceux-ci seraient entachés. En affirmant que l'avis de ses médecins traitants aurait dû prévaloir sur celui des experts, elle méconnaît la jurisprudence constante sur les rôles divergents de ces deux catégories de médecins en vertu de leurs rôles respectifs (cf. notamment ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; arrêt 9C\_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2)".

**C.** Le 7 février 2012, Y. \_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en raison de "rachialgies diffuses, gonarthrose, syndrome douloureux, troubles dépressifs". Elle a produit d'une part, un courrier du 9 mars 2012 de la Dresse W. \_\_\_\_\_ attestant une totale incapacité de travail depuis 1998 en faisant état d'un trouble somatoforme douloureux persistant, d'un trouble dépressif sévère, de gonalgies sur gonarthrose, d'un status après arthroscopie, une spondylarthrose, une hypertension artérielle traitée et une obésité et d'autre part, un certificat médical du 24 avril 2012 du Dr K. \_\_\_\_\_ retenant un trouble dépressif relativement sévère dans un contexte de syndrome douloureux somatoforme persistant précisant que "dans ces conditions, avec des troubles fonctionnels s'aggravant, et invalidant depuis, au moins 2008, la patiente est, de toute évidence incapable de travailler".

Par avis médicaux des 30 mars et 7 mai 2012, le Dr H. \_\_\_\_\_ du SMR a estimé qu'il n'y avait aucun fait nouveau, ni une quelconque aggravation depuis l'expertise judiciaire bidisciplinaire du 29 juin 2010.

Par décision du 25 juillet 2012 confirmant un projet de décision du 30 mai 2012, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, l'assurée n'ayant pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle. Il a considéré qu'il s'agissait uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait.

**D.** Par acte de son mandataire du 11 septembre 2012, Y. \_\_\_\_\_ interjette recours contre la décision précitée. Elle conclut préalablement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens que l'intimé est tenu de lui verser des prestations correspondant à une rente entière, subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de cause à l'intimé pour instructions complémentaires. Elle précise qu'elle souffre d'une atteinte à la santé physique et psychique diminuant de manière déterminante sa capacité de gain. Elle rappelle à cette occasion la teneur du rapport d'IRM du 2 septembre 2009, ainsi que le courrier du 9 mars 2012 du Dr K. \_\_\_\_\_.

Dans ses observations du 3 décembre 2012, l'intimé propose le rejet du recours et le maintien de la décision querellée. Il rappelle que le moment déterminant pour produire les moyens de preuve pertinent est le dépôt de la nouvelle demande. Il constate que les rapports produits à cette occasion n'ont pas rendu plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la dernière décision de refus de prestations résultant d'un examen matériel de ses droits, soit celle datée du 30 septembre 2008, laquelle est entrée en force après avoir été successivement confirmée par la Cour de céans (arrêt du 12 mai 2011) et par le Tribunal fédéral (arrêt du 18 octobre 2011).

Dans ses déterminations du 30 janvier 2013, la recourante indique qu'elle n'a pas d'autre moyen de preuve à produire dans le délai imparti.

## **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile (compte tenu des fêtes estivales, cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA) devant le tribunal compétent selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** En l'espèce, la recourante a déposé une première demande de prestations le 24 février 1999. Par décision sur opposition du 24 juin 2004, l'intimé a reconnu le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> mars 1999 au 31 mars 2000, compte tenu d'un taux d'invalidité de 100 %, puis a supprimé cette prestation à compter du 1<sup>er</sup> avril 2000, en raison de l'amélioration de l'état de santé de la recourante. Cette décision, confirmée par la suite par jugement du 17 octobre 2005 du Tribunal des assurances (AI 91/04 - 158/2005) et par arrêt du 22 mars 2007 du Tribunal fédéral (I 53/06), est entrée en force. La recourante a déposé le 20 décembre 2007 une deuxième demande de

prestations en faisant état d'une fibromyalgie avec un handicap articulaire et musculaire, de douleurs insupportables au niveau de tout le corps et d'une dépression sévère. Par décision du 30 septembre 2008, l'intimé a nié à la recourante tout droit à une rente d'invalidité en l'absence d'aggravation significative de son état de santé depuis la décision sur opposition du 24 juin 2004. Cette décision, confirmée par la suite par jugement du 12 mai 2011 de la Cour de céans (AI 547/08 - 251/2011) et par arrêt du 18 octobre 2011 du Tribunal fédéral (9C\_509/2011), est entrée en force.

**b)** Dans la présente procédure, la recourante conteste le refus de l'intimé d'entrer en matière sur sa nouvelle demande déposée le 7 février 2012. L'intimé, s'appuyant sur les avis médicaux des 30 mars et 7 mai 2012 du SMR, a considéré qu'il n'y avait pas d'éléments plaidant en faveur d'une aggravation de l'état de santé de la recourante. Selon la jurisprudence, aussi bien dans le cadre d'une nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 71) que dans celui d'une révision d'une rente au sens de l'art. 17 LGPA (ATF 133 V 108 consid. 5), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité. A la suite de la décision de l'intimé du 30 septembre 2008, la Cour de céans a procédé à un nouvel examen matériel du droit à la rente (voir les rapports d'expertise des 29 juin 2010 du Dr T.\_\_\_\_ et 1<sup>er</sup> juillet 2010 de la Dresse R.\_\_\_\_), lequel a abouti au jugement de la Cour de céans du 12 mai 2011 (AI 547/08 - 251/2011), depuis lors entré en force. Cet arrêt constitue ainsi le point de départ temporel de l'examen de la nouvelle demande du 7 février 2012.

**c)** Dans ces circonstances, il convient uniquement de déterminer si la recourante a rendu plausible, au regard des pièces produites devant l'intimé, une péjoration significative de son état de santé. En conséquence, toute l'argumentation médicale que la recourante développe à propos d'une modification de son état de santé survenue

antérieurement au 12 mai 2011 (par laquelle elle remet indirectement en cause le bien fondé du jugement du 12 mai 2011 et celui de l'arrêt du 18 octobre 2011 du Tribunal fédéral) est dénuée de pertinence (voir aussi ATF 136 V 369 consid. 3.1 p. 373). Dans ce contexte, la conclusion de la recourante tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité est irrecevable.

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

L'art. 6 al. 1 LPGA définit la notion d'incapacité de travail 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. L'art. 6 al. 2 LPGA précisant qu'en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière. L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : a. 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; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

**b)** Selon l'art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 4 RAI prévoit que lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies. L'exigence ressortant de l'art. 87 al. 3 RAI doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force d'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; TF 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 1.2). 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. 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. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter (ATF 109 V 108 consid. 2b p. 114).

Le Tribunal fédéral des assurances a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 193 consid. 2, 122 V 157 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par

l'art. 87 al. 3 RAI. Il a précisé qu'eu égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration pouvait 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 prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence sont modifiées, 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; TFA I 52/2003 du 16 janvier 2004, consid. 2.2 et I 67/2002 du 2 décembre 2002, consid. 4).

**4.** En l'occurrence, dans le cadre du dépôt de sa troisième demande de prestations, la recourante a produit un courrier du 9 mars 2012 de la Dresse W. \_\_\_\_\_ et un certificat médical du 24 avril 2012 du Dr K. \_\_\_\_\_. La recourante n'ignorait pas qu'il lui incombait de rendre plausible que son invalidité s'était modifiée, au vu de la teneur des courriers que lui avait adressé l'intimé les 13 février 2012 et 8 mars 2012.

**a)** A l'examen des nouvelles pièces produites, il convient de retenir, comme l'intimé, que la recourante n'a pas établi de façon plausible une modification de son état de santé. Contrairement à ce qu'elle soutient, dès lors que le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure d'entrée en matière sur une nouvelle demande au sens des art. 87 al. 3 et 4 RAI, il n'appartient ni à l'intimé, ni à la Cour de céans, de procéder à des

mesures d'instruction, notamment en mettant en œuvre une expertise pluridisciplinaire, mais à l'intéressée de fournir les éléments médicaux pertinents. A cet égard, on relèvera que le dépôt de rapports médicaux n'est pas suffisant, encore faut-il que les pièces produites fassent état d'une aggravation des atteintes ayant une répercussion sur les limitations fonctionnelles et le taux de capacité de travail résiduelle retenus à l'époque, soit en 2011. Tel n'est pas le cas en l'espèce. Il ressort en effet du courrier du 9 mars 2012 de la Dresse W. \_\_\_\_\_ que cette praticienne ne s'est pas explicitement exprimée sur la capacité de travail de la recourante sur le plan somatique, se limitant à confirmer une totale incapacité de travail depuis 1998, période correspondant au dépôt de la première demande de rente. L'incapacité de travail retenue est essentiellement fondée sur les plaintes de sa patiente, sans base organique probante. Les examens radiologiques réalisés en 2012 (IRM du 6 janvier 2012 du genou droit et IRM du 3 janvier 2012 de la colonne totale) confirme les lésions décrites antérieurement (rapport d'expertise du 1<sup>er</sup> juillet 2010 de la Dresse R. \_\_\_\_\_), sans évolution significative. S'agissant de l'atteinte aux deux genoux, la Dresse W. \_\_\_\_\_ n'a pas expliqué en quoi l'atteinte au genou droit en particulier serait susceptible d'avoir une influence déterminante sur la capacité de travail de la recourante ou serait de nature à entraîner des limitations fonctionnelles. Enfin, sur le plan psychiatrique, la situation médicale actuelle de la recourante telle que décrite par le Dr K. \_\_\_\_\_ est superposable à celle qu'il rapportait dans son rapport médical du 14 février 2008, à savoir que sa patiente présente un épisode dépressif sévère, présent depuis 1998 et associé à un trouble somatoforme douloureux. Le Dr K. \_\_\_\_\_ n'a toutefois pas été en mesure d'étayer l'affirmation selon laquelle l'état de santé de sa patiente se serait aggravé depuis lors. On rappellera que dans son rapport d'expertise psychiatrique du 29 juin 2010, le Dr T. \_\_\_\_\_ avait retenu que la recourante présentait un épisode dépressif moyen qui n'avait pas les caractéristiques d'un trouble affectif évoluant per se, mais qu'il comportait une composante réactionnelle indéniable, qu'il était apparu après la douleur chronique et paraissait bel et bien associé au tableau clinique du syndrome douloureux somatoforme persistant, de sorte qu'il n'était pas justifié d'en faire une entité à part ayant valeur

incapacitante en soi. En d'autres termes, l'expert a exclu toute comorbidité psychiatrique, au sens de la jurisprudence en matière de trouble somatoforme douloureux (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2) et a conclu que malgré l'état dépressif dont elle faisait état depuis plusieurs années et compte tenu de la jurisprudence en matière de trouble somatoforme douloureux, la recourante conservait sa capacité de travail. Enfin, l'appréciation du Dr K.\_\_\_\_\_ concernant une aggravation et une cristallisation des troubles fonctionnels n'est pas suffisamment motivée pour retenir une aggravation de l'atteinte à la santé (avis médical du SMR du 7 mai 2012).

**b)** Dans la mesure où la recourante se réfère uniquement aux rapports des Drs W.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ pour justifier une aggravation de son état de santé depuis l'appréciation faite par les Drs T.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ (dans le cadre d'un mandat d'expertise judiciaire) des critères posés par la jurisprudence pour évaluer le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, son argumentation est mal fondée.

**5. a)** Faute pour la recourante d'avoir apporté les éléments médicaux pertinents permettant de rendre plausible que son degré d'invalidité s'était modifié, l'intimé n'avait pas à entrer en matière sur sa nouvelle demande du 7 février 2012, ni à élucider les faits en procédant à des mesures d'instruction complémentaires (cf. consid. 3b supra). La décision attaquée doit par conséquent être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, les frais de procédure doivent être arrêtés à 500 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe. Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD; art. 61 let. g LPGA).

**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 25 juillet 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III. Un émolument judiciaire de 500 fr. (cinq cents francs) est mis à la charge de la recourante.
  
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Laurent Damond, avocat à Lausanne (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :