

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 juillet 2013

Présidence de Mme DESSAUX
Juges : Mme Röthenbacher, juge, et M. Monod, assesseur
Greffier : M. d'Eggis

* * * * *

Cause pendante entre :

R. _____, à Vevey, recourante,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. R._____, née le 17 mai 1974, célibataire, sans enfant, employée de commerce, a déposé le 6 février 2009 une première demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), en indiquant souffrir d'un trouble anxio-dépressif, de fatigue chronique, d'un colon irritable ainsi que de troubles de la mémoire.

Dans un rapport adressé le 5 mars 2009 à l'OAI, le Dr T._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent depuis 2006 et de syndrome de fatigue chronique, et le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de colon irritable. Dans son anamnèse, ce médecin a exposé que la patiente était connue pour des troubles anxio-dépressifs, une fatigue chronique et un colon irritable, avec depuis 2006 exacerbation de douleurs polyarticulaires migrantes et fluctuantes et s'étendant en tache d'huile. Il a fait état de douleurs aux épaules, coudes, genoux et péri-hanches ainsi que de cervicalgies et dorsalgies diffuses. Il a constaté l'absence de signe de synovite ou de ténosynovite, la présence d'un syndrome polyinsertionnel douloureux associé à une diminution du seuil de déclenchement à la douleur à insérer dans un contexte socio-professionnel et familial chargé. Il a indiqué que le pronostic était assombri par la diminution du seuil de déclenchement à la douleur et par les douleurs polyinsertionnelles ainsi que la conviction d'une invalidité à long terme. Il a précisé que le traitement consistait en une balnéothérapie avec mobilisation et application de jet-massage, avec l'administration de médicaments myorelaxants et antalgiques mineurs et recommandé une prise en charge psychothérapeutique, voire une relation d'aide. Il a retenu une incapacité de travail à 50% diminuant de 10% par mois jusqu'à pleine capacité, en précisant qu'il n'y avait pas de restriction mentale ou psychique à proprement parler, mais que tous les mouvements au-dessus de l'horizontal, les antéflexions et les ports de charge de plus de 10 kg

entraînaient des douleurs; comme employée de bureau, les mouvements immobiles et prolongés seraient à proscrire. A ce rapport était jointe une lettre du Dr T._____ au Dr K._____, généraliste et médecin traitant de l'assurée, reprenant l'essentiel de ces constatations.

Dans un rapport du 18 mars 2009, le Dr F._____, chef de service au Service de gastro-entérologie et d'hépatologie du CHUV, a posé le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de syndrome de l'intestin irritable depuis 1999, indiqué un traitement ambulatoire du 2 décembre 2003 au 7 novembre 2007 sans arrêt de travail, avec un bon pronostic. Il a mentionné qu'aucune plainte n'était liée au travail et que l'activité exercée était encore exigible à 100%, avec un rendement réduit possible à cause de douleurs abdominales. Il a précisé qu'avec les informations à sa disposition, il ne pouvait pas soutenir une demande AI.

Dans un rapport médical du 19 mars 2009, auquel étaient joints des documents annexes, le Dr W._____ a posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique (F 43.1) (ci-après : ESPT; aussi SSPT pour syndrome de stress post-traumatique ou encore TSPT pour trouble de stress post-traumatique ou en anglais PTSD pour posttraumatic stress disorder), de traits évoquant le trouble dissociatif (de conversion) mixte (F 44.7), d'autres troubles somatoformes (F 45.8) et de réaction dépressive prolongée (état dépressif léger survenu à la suite d'une exposition prolongée à une situation stressante et ne persistant pas au-delà de deux ans (F 43.21) depuis mars 2008. Ce médecin a fait état de fatigue chronique et de douleurs d'allure fibromyalgiques, de symptômes de la lignée dissociative, de pertes de mémoire et de pertes de sommeil pendant des nuits tout en restant active durant la journée; il a indiqué qu'une psychothérapie était en cours, étant précisé que le test PCL-S, qui permet de suivre l'évolution de l'ESPT au cours de la prise en charge, avait eu pour résultat 54 points. Il a admis une incapacité de travail à 100% dès le 1^{er} mai 2008 pour une durée indéterminée, probablement jusqu'à la fin 2009, avec une reprise de l'activité à 50% au moins dès février 2010.

En réponse à l'OAI, le Dr K._____ a admis le 9 avril 2009 une incapacité de travail à 100% dès le 1^{er} mai 2008, avec un pronostic sombre, en raison de l'état anxio-dépressif, du syndrome douloureux chronique et du colon irritable.

L'OAI a confié un examen psychiatrique à son Service médical régional (ci-après : SMR). La Dresse Y._____ a examiné l'assurée le 22 avril 2009 et déposé le 29 avril 2009 un rapport d'expertise psychiatrique, cosigné par le Dr [...], médecin chef du SMR, qui admet une capacité de travail exigible à 100% dans l'activité habituelle depuis mars 2009. Ce rapport expose notamment ce qui suit:

"STATUS PSYCHIATRIQUE

(...)

L'humeur est euthymique. (...) Les traits dépressifs sont discrets.

(...)

A l'examen, nous n'avons pas objectivé de signes florides de la lignée dépressive en faveur d'un diagnostic de dépression majeure.

Sur le plan anxieux, elle ne présente pas d'angoisses persistantes ni d'attaques de panique en faveur d'un diagnostic d'anxiété généralisée. Pendant l'examen, nous n'avons pas objectivé d'angoisse.

(...)

Sa vie sociale est normale. Dans le contact, l'assurée est ouverte à la relation.

Son discours est cohérent, plaintif, elle partage bien le focus d'attention. Nous n'avons pas objectivé de symptômes de la lignée psychotique, notamment délire, hallucinations ou troubles formels ou logiques de la pensée en faveur d'un diagnostic de décompensation psychotique. Pendant la nuit, l'assurée décrit la présence fluctuante de cauchemars et rêves stressants comme d'aller dans la tombe de son ami. Elle se couche à 22-23 h, et se réveille pendant la nuit d'où une importante fatigue. Elle se lève vers 09-09 h 30 du matin.

(...)

A l'examen clinique, nous n'avons pas objectivé de symptômes typiques en faveur d'un état de stress post-traumatique. L'assurée ne présente pas d'anesthésie psychique, d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme.

(...)

A l'examen, nous avons objectivé une structure de personnalité abandonnique. Structure ne veut pas dire trouble de la personnalité.

DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail :

- réaction dépressive prolongée (deuil pathologique) en rémission partielle (F 43.21)
- sans répercussion sur la capacité de travail :
- privation de relations affectives pendant l'enfance (Z61.0)
- antécédents de polytoxicomanie primaire, actuellement abstinente (F 19.20).

APPRECIATION DU CAS

(...)

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de perturbation de l'environnement psychosocial qui est normal, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de majoration de symptôme physique pour des raisons psychologiques, d'état de stress post traumatique ni de limitation fonctionnelle psychiatrique incapacitante.

Le diagnostic de deuil pathologique réactivé et aggravé en mars 2008, suite au décès de son père, est actuellement en rémission partielle et n'a aucune incidence sur la capacité de travail.

En l'absence d'un véritable sentiment de détresse qui fait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, nous n'avons pas retenu le diagnostic « *autre trouble somatoforme* » retenu par le psychiatre traitant car les critères cliniques de la CIM-10 ne sont pas réunis.

Par ailleurs, le Dr T. _____ a diagnostiqué un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent depuis 2006.

A l'examen clinique, nous n'avons pas objectivé de symptôme en faveur du diagnostic anamnestique de troubles dissociatifs mixtes, actuellement en rémission complète.

L'assurée présente des antécédents de polytoxicomanie qu'elle débute à l'adolescence avec ses amis pendant les Fêtes et dans les discothèques, actuellement abstinente.

Il s'agit d'une polytoxicomanie primaire qui n'est pas du ressort de l'AI.

Selon le médecin traitant, le Dr K. _____, dans son rapport médical du 19.03.2009, l'assurée présente une incapacité de travail à 100% depuis le 01.05.2008 et le pronostic est sombre.

En conclusion, à l'examen clinique psychiatrique, nous avons constaté une amélioration de l'état de l'assurée présente depuis en tous cas mars 2009, et la capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité. Cependant, en tenant compte d'une fragilité psychologique, nous proposons une reprise professionnelle dans son métier habituel d'employée de commerce à 50% et en augmentant progressivement de 20% son pourcentage, jusqu'à 100% d'ici 3 mois et ceci dans le cadre du programme de réinsertion professionnelle.

Les limitations fonctionnelles psychiatriques : actuellement, fragilité psychologique qui justifie une reprise professionnelle en douceur.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Selon le médecin traitant, et le psychiatre traitant, incapacité à 100% depuis le 01.05.2008.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? 0% depuis mars 2009.

Concernant la capacité de travail exigible, en conclusion, sur le plan psychiatrique, notre assurée ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique chronique à caractère incapacitant de longue durée et sa capacité de travail exigible est entière dans toute activité, avec une reprise professionnelle progressive à 50% et en augmentant de 20% jusqu'à 100% d'ici 3 mois."

Dans un rapport du 8 mai 2009, le Dr S._____, du SMR, a retenu comme atteinte principale à la santé une réaction dépressive prolongée (deuil pathologique) en rémission partielle (F 43.21), sans pathologies associées du ressort de l'AI, un début de l'incapacité de travail le 1^{er} mai 2008, à 100% jusqu'au 28 février 2009, à 50% jusqu'au 31 mars 2009, à 30% jusqu'au 30 avril 2009, à 10% jusqu'au 31 mai 2009, nulle dès le 1^{er} juin 2009 dans l'activité habituelle, la question d'une activité adaptée étant sans objet car la profession était considérée comme adaptée. Ce rapport ne mentionne cependant pas l'existence de troubles du sommeil. Il ne fait que rapporter le diagnostic de syndrome de fatigue chronique relevé par le rhumatologue.

Par projet de décision du 12 août 2009, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité en se fondant sur les investigations médicales, notamment l'examen clinique psychiatrique auprès du SMR du 22 avril 2009, selon lesquelles l'incapacité de travail avait été de 100% du 1^{er} mai 2008 au 28 février 2009, de 50% en mars 2009, de 30% en avril 2009, de 10% en mai 2009 et de 0% dès le 1^{er} juin 2009, si bien que l'assurée n'avait pas subi d'incapacité de travail de 40% au moins pendant une année.

L'assurée a écrit le 26 août 2009 à l'OAI en s'opposant au projet de décision et en produisant des certificats médicaux attestant des arrêts de travail à 100% établis par le Dr [...] pour la période du 1^{er} mai 2008 au 1^{er} août 2008, puis par le Dr K._____ pour les périodes entre août 2008 et janvier 2009, puis entre mars et août 2009.

Sur interpellation de l'OAI, l'assurée a encore produit le 9 septembre 2009 deux documents. Il s'agissait d'une part d'un certificat

médical établi le 2 septembre 2009 par le Dr K._____ confirmant qu'elle était en traitement pour un état anxio-dépressif, des troubles digestifs chroniques, récurrents et invalidants, ainsi que des douleurs généralisées liées à un diagnostic de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent. Ce médecin a déclaré que cet état de santé déficient ne permettait pas même la présence continue, durant plusieurs heures de suite, requise par un poste de travail, ce qui justifiait l'arrêt de travail à 100% pour une durée indéterminée dès le 1^{er} mai 2008. Il s'agissait d'autre part d'une lettre du 1^{er} septembre 2009 dans laquelle le Dr W._____ reconnaissait une incapacité de travail à 100% dès le 1^{er} mai 2008 pour une durée indéterminée en raison des diagnostics posés auparavant.

Par lettre du 5 novembre 2009, l'OAI a constaté en bref que les derniers documents médicaux établis par les Drs K._____ et W._____ ne contenaient pas d'éléments nouveaux qui n'auraient pas déjà été discutés après l'examen bidisciplinaire du SMR, si bien que le rapport du 29 avril 2009 l'emportait sur l'avis des médecins consultés par l'assurée, en particulier son médecin traitant.

Par décision du 5 novembre 2009, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité en reprenant la motivation de son projet de décision. Cette décision n'a pas fait l'objet d'un recours.

B. Le 30 janvier 2012, R._____ a déposé une seconde demande de prestations AI en faisant état de troubles anxio-dépressifs, de fatigue chronique avec de graves troubles du sommeil, d'un colon irritable et de douleurs physiques.

Par courrier du 7 février 2012, l'OAI lui a imparti un délai de 30 jours pour fournir tous les éléments rendant plausibles une éventuelle modification du degré d'invalidité, notamment pour produire un rapport médical détaillé. Dans ce délai, l'assurée a produit un rapport du 23 février 2012 de son médecin traitant, le Dr K._____, qui fait état de l'existence depuis plusieurs mois d'insomnies extrêmement invalidantes dues à une déstructuration sévère et complète du sommeil, avec pour effet, outre

l'asthénie, des répercussions sur l'état mental et physique de la patiente sous la forme notamment de dépression et de prise de poids; cet état de santé ne permettait pas à la patiente d'assumer alors ni les exigences de rentabilité inhérente à une activité professionnelle, ni même la présence continuelle au poste de travail, ce qui justifiait l'arrêt de travail à 100% pour une durée indéterminée. Ce rapport était accompagné par un rapport du 16 décembre 2011 du Prof X._____, spécialiste en neurologie, qui a indiqué avoir pratiqué une polysomnographie complète ambulatoire avec actimétrie computerisée du 12 au 13 décembre 2011; dans son appréciation, ce médecin a confirmé une déstructuration sévère et complète du sommeil avec pour conséquences dépression, troubles mnésiques et augmentation du poids.

Dans un avis médical du 6 mars 2012, le Dr H._____, du SMR, a mentionné que les troubles du sommeil décrits dans le rapport du Prof X._____ au Dr K._____ avaient déjà été décrits dans l'examen clinique (psychiatrique) du 29 avril 2009 et ne constituaient pas un élément nouveau.

Par projet de décision du 6 juin 2012, l'OAI a annoncé à l'assurée qu'il envisageait de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande présentée le 2 février 2012 pour le motif que le rapport du Prof X._____ au Dr K._____ ne comportait pas d'élément médical nouveau par rapport aux troubles du sommeil déjà décrits dans l'examen clinique psychiatrique effectué le 22 avril 2009 par le SMR.

L'assurée ayant fait savoir le 19 juin 2012 qu'elle contestait le projet de décision, l'OAI lui a imparti un nouveau délai pour produire un rapport médical. Le 12 juillet 2012, le Dr W._____ a adressé à l'OAI un rapport mentionnant que, par rapport à la situation prévalant lors de l'établissement du rapport du 26 février 2009 (recte : du 19 mars 2009), un élément diagnostic lui avait échappé, à savoir l'état de stress post-traumatique consécutif au suicide de l'ami de l'assurée le 21 décembre 2004. Les symptômes en lien avec le diagnostic de stress post-traumatique (F43.1) consistaient en une fatigue importante, découlant du trouble de

sommeil en lien avec l'état de stress post-traumatique et aux problèmes de concentration notamment. Le résultat du test PCL-S était de 71 sur un score maximal de 75. Le Dr W._____ a conclu que ces symptômes avaient une incidence directe sur la capacité de travail, après l'échec d'une tentative de réinsertion en raison du trouble du sommeil en lien avec l'ESPT et d'un problème de concentration.

Dans un avis médical du 26 juillet 2012, le Dr H._____ du SMR a constaté l'absence d'élément nouveau, après avoir réfuté le diagnostic d'ESPT en exposant notamment :

"Ce rapport [réd.: du Dr W._____] n'est pas crédible.

1. Les critères d'un état de stress post-traumatique selon la CIM-10 ne sont pas réunis :

- a. Le PTSD survient généralement dans les 6 mois qui suivent le traumatisme inaugural. L'ami de Mme R._____ s'est suicidé en décembre 2004. Elle a pu travailler jusqu'en avril 2008.
- b. L'évolution naturelle du PTSD est la guérison en 2 ans, à moins que le traumatisme initial se répète.
- c. Par définition, le PTSD constitue une réponse à un événement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique susceptible de provoquer des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. A titre d'exemple, on cite la guerre, les accidents graves, une mort violente en présence du sujet, la torture, le terrorisme, le viol ou d'autres crimes. Dans le cas présent, l'assurée n'a pas assisté au suicide de son ami. La reconnaissance de la dépouille à la morgue ne constitue en aucun cas un événement traumatisant de nature à engendrer un PTSD.
- d. L'examen psychiatrique au SMR du 22.4.2009 relève que « le 21 décembre 2004, son ami se suicide par arme à feu et depuis lors, l'assurée présente un important sentiment de culpabilité ». Il est encore précisé que « nous n'avons pas objectivé de symptômes typiques en faveur d'un état de stress post-traumatique. L'assurée ne présente pas d'anesthésie psychique, d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir traumatique » « Elle ne présente pas non plus (...) de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. »
- e. Au surplus, le diagnostic de PTSD n'est pas réellement nouveau puisque le Dr W._____ le mentionne déjà dans son rapport du 19.3.2009."

Par décision du 2 octobre 2012, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande AI du 2 février 2012 en se référant aux troubles

du sommeil déjà décrits dans l'examen clinique psychiatrique du 22 avril 2009 du SMR et en considérant que le rapport du Prof X._____ n'était qu'une appréciation différente du même état de fait. Dans le courrier d'accompagnement du même jour, l'OAI a précisé que le diagnostic d'ESPT n'était pas nouveau, car déjà mentionné par le Dr W._____ dans son rapport du 19 mars 2009, qui avait été réfuté par le SMR.

C. Par acte du 7 novembre 2012, R._____ a recouru contre la décision du 2 octobre 2012 en concluant à l'admission du recours et au renvoi de son dossier à l'OAI pour examen circonstancié de l'invalidité invoquée. Elle a fait valoir qu'en l'absence de sommeil calme profond, il lui était impossible d'assurer un éveil suffisant pour garantir une activité responsable pendant la journée, qu'elle n'avait pas supporté la médication proposée et qu'elle souffrait d'une hyperactivité cérébrale totalement invalidante.

Par décision du 7 février 2013, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire sous forme de l'exonération d'avances des frais judiciaires, sans franchise mensuelle à payer.

Dans sa réponse du 5 mars 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que la recourante n'avait produit aucun élément médical nouveau attestant une modification de son état de santé depuis la décision du 5 novembre 2009.

Cette réponse a été communiquée le 7 mars 2013 à la recourante, qui n'a pas procédé sur celle-ci dans le délai imparti.

E n d r o i t :

1. La procédure devant le tribunal cantonal des assurances sociales 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 (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

Interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA) et remplissant les exigences posées par la loi, le recours est recevable en la forme.

2. Est litigieux le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations AI présentée par le recourante le 30 janvier 2012. Plus exactement, il convient d'apprécier sur la base des pièces produites par elle devant l'intimé si la recourante a rendu plausible une péjoration significative de son état de santé.

3. a) Il y a en principe lieu d'examiner le droit à la prestation en cause au regard des dispositions légales en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 446 consid. 1.2.1). Eu égard à la date à laquelle la décision litigieuse a été rendue, le 2 octobre 2012, il y a lieu de prendre en compte les modifications de l'art. 87 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201] en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5679).

b) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI, qui correspondent à l'art. 87 al. 3 et 4 aRAI, la jurisprudence rendue en relation avec la disposition modifiée étant transposable à l'actuel art. 87 al. 2 et 3 RAI). Cette exigence 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). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b; TF I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1).

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 199 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. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. 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; TF 9C_970/2010 du 30 mars 2011), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI (actuellement 87 al. 2 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. 2 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'espèce, s'agissant d'un refus d'entrer en matière, il suffit d'examiner si, dans le cadre de ses démarches auprès de l'intimé depuis le 30 janvier 2012, la recourante a rendu plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le 5 novembre 2009.

Il sera préliminairement précisé que, dans la mesure où le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure de non entrée en matière sur une nouvelle demande au sens des art. 87 al. 2 et 3 RAI (cf. consid. 3c supra; cf. TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.4 et 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 4.2), il incombe uniquement à la juridiction de céans d'examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier, sans que cela ne consacre un formalisme excessif.

a) S'agissant du diagnostic d'ESPT, il s'impose de rappeler préalablement que le rapport d'expertise psychiatrique du 29 avril 2009 des Drs Y._____ et [...] du SMR excluait ce trouble. Cela étant, même dans l'hypothèse où le diagnostic d'ESPT posé par le Dr W._____ dans son rapport du 12 juillet 2012 était fondé, il ne serait pas nouveau contrairement à ce que ce praticien soutient. En effet, l'état de stress post-traumatique consécutif au suicide de l'ami de l'assurée le 21 décembre 2004 était déjà relevé dans son rapport du 19 mars 2009. De plus, si le score de la recourante au test d'évaluation de l'ESPT passe de 54 en mars 2009 à 71 en juillet 2012, en revanche aucun événement susceptible d'objectiver cette aggravation n'est survenu dans cet intervalle de temps. A tout le moins, ni la recourante, ni son médecin traitant n'en font la démonstration. A cela s'ajoute que l'avis médical du 26 juillet 2012 du Dr H._____, du SMR, qui est pertinent et motivé,

infirme l'existence d'un ESPT. Ainsi, non seulement ce diagnostic est-il exclu mais, dans l'hypothèse où il devrait être malgré tout retenu, il ne serait pas nouveau.

b) Quant aux troubles du sommeil, non organiques comme en l'espèce, ils sont dans de nombreux cas l'un des symptômes d'un autre trouble mental ou physique (cf. CIM-10 F.51). Dans son rapport du 12 juillet 2012, le Dr W. _____ met en lien les troubles du sommeil avec l'ESPT. Selon ce praticien, ces troubles du sommeil provoquent une fatigue importante, laquelle est l'un des facteurs entraînant l'incapacité de travail. Or, les troubles du sommeil sont déjà mentionnés par le psychiatre de l'assurée dans l'annexe à son rapport du 19 mars 2009 et aussi par l'assurée elle-même lors de l'examen clinique psychiatrique du 22 avril 2009 par le SMR; ils ne sont donc pas nouveaux. La fatigue chronique, dont on peut présumer qu'elle résulte aussi des troubles du sommeil, a également été mentionnée dans la précédente procédure administrative; elle n'est donc pas nouvelle non plus.

Enfin, se pose la question de l'amplitude de ces troubles du sommeil. Premièrement, si l'on dispose d'un élément nouveau sous la forme d'un test du sommeil, l'assurée ne fait pas la démonstration que les troubles du sommeil décrits en 2009 sont différents de ceux constatés lors du test. Le Dr K. _____, médecin traitant, dans son rapport du 23 février 2012, et le Prof X. _____, dans son rapport du 16 décembre 2011, exposent que la déstructuration du sommeil a pour conséquence dépression, troubles mnésiques et augmentation du poids chez la recourante. Il s'agit d'un pronostic, respectivement d'un constat, qui ne sont ni étayés ni documentés. On ne connaît notamment rien de la gravité de la dépression, de l'ampleur des troubles mnésiques comme de l'augmentation pondérale. La recourante échoue donc dans la démonstration d'une aggravation de son état de santé, qu'il lui appartenait d'établir pour permettre à l'intimé d'entrer en matière.

5. En définitive, le recours doit être rejeté et la décision confirmée.

Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais judiciaires doivent être arrêtés à 400 fr., à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI). Celle-ci a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire sous la forme de l'exonération de l'avance des frais judiciaires, si bien que ceux-ci sont supportés provisoirement par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant ainsi avancé dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC applicable par le renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service de justice et législation est compétent pour fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ), étant précisé qu'aucun montant n'a été payé à titre de franchise depuis le début de la procédure.

Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 55 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 2 octobre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est, vu l'octroi de l'assistance judiciaire, mis provisoirement à la charge de l'Etat de Vaud.

- IV. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par le renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis provisoirement à la charge de l'Etat de Vaud.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Mme R. _____,
- 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 :