

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 août 2016

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
Mme Röthenbacher et M. Métral, juges  
Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 17 LPGA ; art. 87 RAI.**

**E n f a i t :**

**A.** A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante kosovare née en 1958, est entrée en Suisse en 1998 pour y rejoindre son conjoint.

Sans formation professionnelle, elle s'est consacrée à l'éducation de ses cinq enfants, désormais adultes, et n'a jamais exercé d'activité lucrative.

Elle est veuve depuis 2012.

**B.** L'assurée a requis des moyens auxiliaires de l'assurance-invalidité (AI) – soit deux appareils acoustiques au motif d'une surdité binaurale – auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) par dépôt du formulaire ad hoc le 15 février 2007. Ces appareils lui ont été accordés par communication du 7 janvier 2008.

**C.** Dans l'intervalle, en date du 26 octobre 2007, elle a formulé une première demande de rente AI, alléguant être atteinte dans sa santé depuis 2004.

Son médecin généraliste traitant, la Dresse B. \_\_\_\_\_, a complété un rapport médical à l'attention de l'OAI le 12 décembre 2007, retenant les diagnostics de « polyarthrose », « spondylarthrose étagée » et « fibromyalgie » comme susceptibles d'influer sur la capacité de travail de sa patiente. D'autres diagnostics, à savoir une « obésité androïde », une « hypertension artérielle », une « insuffisance veineuse des membres inférieurs » et un « reflux gastro-œsophagien » demeuraient sans incidence sur dite capacité. Elle a précisé n'avoir jamais délivré de certificat d'incapacité de travail, l'assurée n'exerçant aucune activité lucrative.

Sollicité pour avis, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), sous la plume des Drs C.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, médecins, a préconisé le 20 janvier 2009 l'organisation d'un examen rhumatologique.

Cet examen a été réalisé au SMR par le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et rééducation, en date du 10 février 2009. Le rapport corrélatif, rédigé le 23 février 2009, fait état des diagnostics suivants :

Avec répercussion sur la capacité de travail :

- Panrachialgies dans un contexte de discopathie et uncarthrose C5-C6, discopathies D11-12, D12-L1 (M54.9).

Sans répercussion sur la capacité de travail :

- Fibromyalgie.
- Obésité de classe II.

Le Dr F.\_\_\_\_\_ a libellé son appréciation du cas et ses conclusions en ces termes :

« [...] L'examen de médecine interne montre une obésité de classe II, répartie aux 4 membres et à la ceinture abdomino-pelvienne. Sous traitement, l'assurée a une tension artérielle élevée à 180/105 mmHg, il lui est demandé de la faire contrôler par son médecin-traitant. [L'assurée] doit voir la Drsse B.\_\_\_\_\_ le 11.02.2009. Il n'y a pas de signe d'insuffisance cardiaque associée. Dans un contexte d'insuffisance veineuse, nous constatons des veinetasies, l'assurée n'a pas d'œdème aux membres inférieurs, ni d'ulcère.

Le status neurologique permet d'exclure une atteinte radiculaire tant au niveau des membres supérieurs qu'inférieurs. Au niveau des membres inférieurs, l'assurée dit ne pas sentir le piqué, de façon diffuse, il n'y a pas de trouble sensitif systématisable. Au niveau moteur, l'assurée a des lâchages au testing contre une résistance légère à modérée pour l'extension des coudes et la flexion des hanches.

L'examen articulaire périphérique confirme la fibromyalgie avancée par la Drsse B.\_\_\_\_\_ avec 16 points de Smythe positifs sur 18. Il n'y a pas de signe d'arthrite.

Dans le contexte de la polyarthrose avancée par la Drsse B.\_\_\_\_\_, nous n'avons pas de déformation des mains. La mobilité des épaules, des genoux est complète. La mobilité des hanches est limitée par la douleur lombaire et rétrochantérienne à D [réd. : droite].

Au niveau du rachis, l'assurée présente des troubles statiques, à intégrer dans son contexte d'obésité avec un important relâchement de la sangle abdominale, une hypercyphose dorsale, une antépuulsion de la tête et une légère hyperlordose.

La mobilité de la nuque est dans les normes, la palpation est diffusément douloureuse, il n'est pas possible d'apprécier s'il existe

une contracture paravertébrale, l'assurée contractant de façon diffuse ses muscles.

La mobilité au niveau lombaire est légèrement restreinte avec un indice de Schober à 10-13 cm (normal : 10-15), l'assurée bloque l'extension à 15° ; autant la flexion que l'extension est douloureuse, ne permettant pas de préciser une origine des lombalgies que ce soit une origine discale ou articulaire postérieure. L'assurée a des douleurs multi-étagées à la palpation sur tout le rachis dorsolombaire, de même intensité. Nous ne pouvons confirmer la sciatique irritative annoncée par la Dresse B.\_\_\_\_\_, la manœuvre de Lasègue déclenche une douleur lombaire mais pas de sciatalgie. Le score de Waddell est positif pour des signes de non-organicité. L'assurée vient sans document radiologique, jusqu'à présent elle n'a eu que des radiographies du thorax. La Dresse B.\_\_\_\_\_ nous fait parvenir des clichés du rachis cervical et lombaire réalisée le 16.2.09. Les radiographies cervicales montrent une discopathie modérée et une uncarthrose en C5-6 diminuant la taille du trou de conjugaison gauche. Comme nous avons vu plus haut il n'y a pas de déficit radiculaire sur la racine C6 potentiellement concernée. L'assuré a par ailleurs des discopathies étagées de la jonction dorso-lombaire.

En conclusion, il s'agit d'un tableau de douleurs chroniques diffuses, touchant tout le rachis, les 4 membres, dans un contexte de fibromyalgie, d'obésité de classe II, de troubles statiques et dégénératifs du rachis. La corrélation entre les éléments radiologiques objectivables, les plaintes de l'assurée et l'examen clinique est faible. Les trouvailles radiologiques n'expliquent que très partiellement la symptomatologie diffuse qui pour la majeure partie est à mettre sur le compte de la fibromyalgie. On relèvera également que le comportement spontané de l'assurée en début d'examen est normal avec une marche normale, des mouvements automatiques de la nuque conservés, la possibilité de se pencher en flexion complète du tronc pour enlever ses bas, ceci avant la survenue de son comportement algique démonstratif.

### ***Les limitations fonctionnelles***

Rachis cervical : pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas d'attitude prolongée de la tête en extension.

Rachis lombaire : pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas d'attitude en porte-à-faux, pas de port de charge au-delà de 9 kg, pas de position statique debout au-delà de 30 mn, assis au-delà d'une heure.

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

Depuis le 12.12.07 date du RM [réd. : rapport médical] de la Dresse B.\_\_\_\_\_. Ne pouvant totalement exclure une légère participation des troubles statiques et dégénératifs objectivés à l'examen clinique et radiologique, nous retenons une IT [réd. : incapacité de travail] de 20 % dans l'activité de ménagère depuis cette date. Le peu de consistance du dossier ne nous permet pas de nous prononcer antérieurement.

### ***Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?***

Il est resté stationnaire.

### ***Concernant la capacité de travail exigible,***

Elle est d'un point de vue théorique déterminée par la tolérance du rachis cervical et dorso-lombaire aux contraintes mécaniques. Par rapport à une exigibilité dans une activité simple, par exemple d'employée d'usine elle est complète. La fibromyalgie que présente l'assurée ne revêt pas de facteurs de gravité avec notamment pas de comorbidité psychiatrique flagrante, pas d'isolement social, l'assurée est bien entourée par sa famille. Les autres facteurs impliqués tels que la sédentarité de l'assurée, son obésité de classe II et sa non-connaissance du français ne sont pas retenus comme incapacitants. [...] »

Compte tenu du statut de personne sans activité lucrative de l'assurée, l'OAI a diligenté une enquête économique sur le ménage, effectuée à domicile le 28 mai 2009. A l'issue de son rapport du 29 mai 2009, l'enquêtrice de l'OAI a exposé les déclarations de l'assurée et de son conjoint, lesquelles ont permis de retenir des empêchements exclusivement dans les secteurs de l'alimentation, de l'entretien du logement et des loisirs. Vu la répartition des différents champs d'activités ménagères, elle a mis à jour un degré d'invalidité global de 17,3%, tout en prenant en compte l'aide raisonnablement exigible des membres de la famille faisant ménage commun avec l'assurée, soit son mari et son fils cadet.

Fondé sur les conclusions de l'enquête économique sur le ménage ci-dessus, l'OAI a établi un projet de décision le 8 juin 2009, envisageant de nier le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. En l'absence de contestation de l'assurée, une décision, identique au projet précité, a été rendue le 19 août 2009 et est entrée en force.

**D.** L'assurée a déposé une seconde requête de prestations AI le 27 février 2015.

Elle a été invitée par l'OAI, en date du 2 mars 2015, à rendre plausible une modification de son degré d'invalidité de nature à influencer ses droits par la production, par exemple, de pièces médicales étayant une aggravation de son état de santé.

Dans le délai imparti, elle a fait parvenir à l'OAI un rapport de la

Dresse B.\_\_\_\_\_, daté du 13 avril 2015. Cette dernière a mentionné les diagnostics principaux d'une « aggravation d'une arthrose cervico-dorsolombaire ainsi qu'au niveau des deux genoux », de « fibromyalgie » et d'un « état anxio-dépressif réactionnel ». Etaient également relatés au titre de diagnostics « annexes » une « obésité androïde », un « diabète de type II », une « cardiopathie hypertensive traitée », une « insuffisance des membres inférieurs », un « reflux gastro-œsophagien » et des « céphalées chroniques ». La Dresse B.\_\_\_\_\_ a par ailleurs précisé ce qui suit :

« Cette patiente de 56 ans, ménagère, n'a jamais travaillé. Elle est incapable d'effectuer les travaux ménagers à la maison et c'est le reste de la famille qui s'en occupe. A noter que la patiente ne parle pas un mot de français. Depuis 2009, les douleurs présentes au quotidien ont provoqué l'apparition d'un état anxio-dépressif chez cette patiente. Ceci a nécessité l'introduction d'un antidépresseur qui a légèrement amélioré la situation. Toutefois, celle-ci demeure précaire.

La patiente présente des angoisses majeures lorsqu'elle est seule, elle ne peut absolument pas quitter sa famille. Elle vient d'ailleurs toujours accompagnée d'un des membres de sa famille à la consultation, non seulement pour la traduction, mais aussi pour l'aider à sortir. Notez que la patiente ne sort jamais seule de chez elle.

Dans ce contexte nouveau, l'incapacité me paraît totale.

Pourriez-vous entrer en matière pour réviser son cas et prendre en compte ce nouvel aspect psychologique handicapant. [...] »

Le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a relevé, dans un avis du 28 juillet 2015, que le diagnostic d'un « état anxio-dépressif réactionnel depuis 2009 » relaté par le médecin traitant était insuffisamment étayé pour être rendu plausible et justifier une incapacité de travail.

Par projet de décision du 30 juillet 2015, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il se proposait de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations, estimant qu'elle n'avait pas rendu plausible une modification substantielle de sa situation factuelle.

L'assurée s'est opposée à ce projet de décision par pli du 7 septembre 2015, renvoyant aux explications de son médecin traitant quant à la détérioration de son état de santé. Elle a produit, dans un délai imparti par l'OAI, une attestation de la Dresse B.\_\_\_\_\_ du 17 novembre 2015, libellée comme suit :

« [...L'assurée] est complètement incapable de travailler. Elle n'a jamais travaillé en Suisse, elle ne parle pas un mot de français. De plus, elle présente des douleurs multiples sur polyarthrose ainsi que des malaises au stress. La patiente a fait plusieurs pertes de connaissance dans un contexte de stress. Dans ces conditions, il est tout à fait impossible à cette patiente qui n'est absolument pas francophone de travailler. [...] »

Considérant que ce document n'apportait aucun élément nouveau de nature à entraîner le réexamen du cas de l'assurée, l'OAI lui a adressé une décision le 11 janvier 2016, conforme à son projet de décision de refus d'entrer en matière du 30 juillet 2015.

**E.** L'assurée a déféré la décision du 11 janvier 2016 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 3 février 2016, concluant à son annulation et implicitement à l'entrée en matière de l'intimé sur sa seconde demande de prestations AI. Elle a rappelé souffrir de douleurs constantes aux genoux et aux bras par suite de polyarthrose, ainsi que de malaises dus au stress, ce qui l'empêchait à son avis totalement de travailler. Était annexée à titre de justificatif l'attestation de la Dresse B. \_\_\_\_\_ du 17 novembre 2015.

L'intimé a produit sa réponse au recours le 7 avril 2016 en proposant le rejet, non sans rappeler que l'examen du juge était en l'espèce d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient la reprise d'instruction du dossier. Tel n'était pas le cas en l'occurrence selon l'avis du SMR du 28 juillet 2015.

Par réplique du 28 avril 2016, la recourante a réitéré l'importance de ses douleurs et suggéré de se soumettre « à d'autres tests ». Elle a par ailleurs fourni des tirages des documents médicaux suivants :

- un rapport du Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, du 8 septembre 2011, mettant en évidence un « épanchement net » du ménisque droit, traité par infiltration, ainsi que proposant une imagerie par

résonance magnétique (IRM) en vue de rechercher une lésion méniscale interne ;

- un rapport du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en gastro-entérologie, du 12 décembre 2014, relatant les résultats sans particularités d'une coloscopie, hormis des « petits diverticules calmes du sigmoïde » ;
- un rapport d'échographie du cou et de la thyroïde, établi le 10 mars 2015 par le Dr K.\_\_\_\_\_, radiologue au sein du Centre d'imagerie L.\_\_\_\_\_, ne mettant en évidence aucune anomalie de la thyroïde et relevant un « aspect dolichoectasique du tronc artériel brachiocéphalique » ;
- un rapport d'échographie de l'épaule gauche, rédigé le 18 février 2016 par ce même spécialiste, mettant en évidence une « tendinopathie du sus-épineux avec bursite sous-acromiale », qui a fait l'objet d'une infiltration sans complications.

L'OAI a dupliqué le 19 mai 2016, observant que les documents médicaux fournis au stade de la procédure de recours n'avaient pas à être pris en compte pour juger du bien-fondé de la décision entreprise. Il a derechef conclu au rejet du recours.

Les parties ont été informées par la juge instructrice le 24 mai 2016 que, sauf réquisitions spécifiques de leur part, la cause était gardée à juger.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, 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 LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, le recours formé le 3 février 2016 contre la décision de l'OAI du 11 janvier 2016 a été interjeté en temps utile. Bien que succinctement motivé, il respecte néanmoins les conditions de forme

prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

**b)** Est exclusivement litigieux in casu le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la seconde demande de prestations présentée par la recourante le 27 février 2015, tel que communiqué par décision du 11 janvier 2016.

Il convient donc dans le cadre de la présente procédure de se prononcer sur le point de savoir si l'assurée a rendu plausible une modification significative de l'état de fait, qui justifierait la révision de son cas eu égard aux pièces médicales produites par devant l'intimé.

**3. a)** Aux termes de l'art. 17 al. 2 LPGA, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

En vertu de l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012] ;

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 ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que, lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies.

**b)** Selon la jurisprudence fédérale (applicable mutatis mutandis à l'actuel art. 87 al. 2 et 3 RAI), l'exigence posée par l'ancien art. 87 al. 3 et 4 aRAI doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b ; 109 V 108 consid. 2a). Une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b ; SVR 1996 IV n° 70 p. 204 consid. 3a et les références ; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, p. 259).

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'entrer 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. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF [Tribunal fédéral] 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2 ; 9C\_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2 ; 9C\_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2).

**c)** Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 2 RAI (ATF 125 V 195 consid. 2 ; 122 V 158 consid. 1a et les références).

Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 ; art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003) – qui permet aux organes de l'AI 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 (art. 5 al. 3 et 9 Cst [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; ATF 124 II 265 consid. 4a).

Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité 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 (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 ; 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3).

Dans un litige relatif à une nouvelle demande de prestations, 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. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 précité ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2).

**d)** On ajoutera que 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, constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5).

**4. a)** En l'espèce, la date du 19 août 2009 constitue la date déterminante à laquelle il y a lieu de comparer les éléments versés à l'appui de la demande de révision du 27 février 2015. Le 19 août 2009 correspond en effet à la précédente décision de refus de rente, pour laquelle l'intimé a procédé à un examen matériel du droit à la prestation revendiquée.

**b)** On relèvera par ailleurs à titre préalable que la recourante a disposé d'un délai substantiel pour faire parvenir les pièces médicales utiles à l'appui de sa demande de révision formulée le 27 février 2015. De facto, il lui était loisible d'étayer sa demande jusqu'à l'émission de la décision litigieuse le 11 janvier 2016.

**c)** Ainsi que l'a rappelé la jurisprudence citée supra sous considérant 3c, l'examen du juge doit se limiter au point de savoir si les pièces produites en procédure administrative impliquent l'instruction au fond de la nouvelle demande de prestations.

Dès lors, la Cour de céans se doit d'écarter de la présente analyse les rapports médicaux des Drs H.\_\_\_\_\_, J.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, dont se prévaut la recourante et qu'elle a produits au stade de la procédure judiciaire.

Il est en outre exclu de donner suite à la requête d'instruction complémentaire proposée par la recourante, à savoir la passation de nouveaux examens, une telle mesure excédant manifestement le pouvoir d'examen limité de la Cour de céans dans le contexte de l'art. 87 RAI.

Il s'agit ainsi de se placer à la date de la décision du 11 janvier 2016 pour déterminer si les pièces fournies par la recourante auraient dû conduire l'OAI à entrer en matière sur le fond de sa requête de révision.

**5. a)** Dans le cadre de l'instruction de la première demande de prestations AI déposée par sa patiente, la Dresse B.\_\_\_\_\_ n'avait fait état d'aucun diagnostic spécifique du registre psychique, en dépit de la mention d'une « fibromyalgie » (cf. rapport médical du 12 décembre 2007).

Le Dr F.\_\_\_\_\_ avait quant à lui relevé l'absence de « comorbidité psychiatrique flagrante » accompagnant la fibromyalgie, à l'issue de son rapport d'examen du 23 février 2009.

Désormais, soit à teneur de son rapport du 13 avril 2015, la Dresse B.\_\_\_\_\_ évoque un « état anxio-dépressif réactionnel », sans toutefois que ce nouveau diagnostic ne soit sérieusement documenté. En particulier, le médecin traitant ne fournit aucune information sur la nature et la fréquence des angoisses, la périodicité des consultations éventuellement nécessitées par cette problématique, ni davantage sur la

médication dispensée et sa posologie, se limitant à en relater le bénéfice. On constate en outre qu'aucune consultation spécialisée n'est mentionnée.

Vu ce qui précède, on ne peut que rejoindre l'avis du Dr G. \_\_\_\_\_ du SMR, lorsqu'il indique le 28 juillet 2015 que le diagnostic en cause n'est pas rendu plausible « en termes d'incapacité au sens de l'AI ».

Partant, on ne peut considérer que l'assurée a rendu plausible une quelconque modification de son état psychique conformément aux réquisits de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI depuis la décision du 19 août 2009.

**b)** Quant au volet somatique, force est de constater que la plupart des diagnostics avancés dans le contexte de la demande de révision formulée le 27 février 2015 étaient précédemment connus de l'intimé.

Singulièrement, ceux de « fibromyalgie », d'une « obésité androïde », de « cardiopathie hypertensive », d'une « insuffisance des membres inférieurs » et de « reflux gastro-œsophagien » étaient déjà signalés par la Dresse B. \_\_\_\_\_ dans le cadre de son rapport médical du 12 décembre 2007.

Concernant ceux de « diabète de type II » et de « céphalées chroniques », on peut douter que de tels diagnostics engendrent une incapacité de travail de longue durée, ce que la Dresse B. \_\_\_\_\_ ne prétend d'ailleurs pas, puisqu'elle les a expressément répertoriés sous rubrique « diagnostics annexes »

Eu égard à une « aggravation d'une arthrose cervico-dorso-lombaire et des deux genoux », précédemment investiguée par le Dr F. \_\_\_\_\_, le médecin traitant ne fournit aucun élément objectif susceptible d'étayer cette allégation, comme par exemple des rapports d'imagerie ou d'examen clinique, ni ne détaille en quoi consiste exactement ladite aggravation. Il n'est donc pas possible de comparer

l'état de santé de la recourante à la date du 11 janvier 2016, avec celui qui régnait au 19 août 2009.

On notera enfin que le diagnostic de « fibromyalgie », pris en compte par le Dr F. \_\_\_\_\_ à l'issue de son rapport du 23 février 2009, n'est pas qualifié d'aggravé par Dresse B. \_\_\_\_\_.

En définitive, il convient de conclure à une situation somatique globalement inchangée depuis le 19 août 2009, la recourante n'ayant pas rendu plausible une modification de son état de santé de ce registre.

**c)** On relèvera d'ailleurs que les motifs allégués par la Dresse B. \_\_\_\_\_ pour justifier à son sens la révision du droit à la rente de l'assurée s'apparentent - à tout le moins en partie - à des facteurs sociaux, soit au défaut de maîtrise de la langue française et à son statut de personne non active.

Or, à teneur de jurisprudence fédérale constante, les facteurs psychosociaux ou socioculturels, que peuvent constituer notamment des circonstances contextuelles particulières, ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la loi (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.1 et références citées).

Ainsi, les éléments mis en exergue par la Dresse B. \_\_\_\_\_ sont manifestement des éléments étrangers à la notion d'invalidité.

**d)** En définitive, vu ce qui précède, il y a lieu de déduire que la recourante n'a pas rendu plausible une modification substantielle de sa situation qui imposerait le réexamen de ses droits à des prestations AI au sens entendu par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI. L'intimé était donc légitimé à ne pas instruire sur le fond la demande subséquente présentée par l'assurée et à prononcer le refus d'entrer en matière litigieux.

**e)** Au demeurant, si par impossible il se justifiait de se déterminer compte tenu des rapports médicaux produits auprès de la Cour de céans, on ne parviendrait pas à une conclusion différente.

Ces documents ne font en effet pas état de pathologies durables ou sévèrement aggravées par rapport à août 2009, ni de limitations fonctionnelles supplémentaires qui affecteraient le degré d'invalidité retenu auprès de la recourante, de sorte qu'ils n'auraient a priori pas justifié l'entrée en matière de l'intimé sur la seconde demande de prestations de l'assurée.

**f)** En dernier lieu, on observera que la recourante n'a fait valoir aucun changement de sa situation personnelle, en dépit de son veuvage, qui serait susceptible d'entraîner le réexamen de ses droits.

Cet élément ne serait de toute façon pas de nature à justifier l'entrée en matière de l'OAI sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée, laquelle demeure - comme antérieurement - pour l'essentiel prise en charge par les membres de sa famille.

**6.** Compte tenu de l'ensemble des considérants ci-dessus, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

**a)** 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 ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

In casu, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge de la recourante, sont arrêtés à 400 francs.

**b)** Vu l'issue du recours, la recourante n'obtenant pas gain de cause et n'étant de toute façon pas représentée par un mandataire professionnel, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision de refus d'entrer en matière, rendue le 11 janvier 2016 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 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, par l'envoi de photocopies, à :

- A. \_\_\_\_\_, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :