

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 mai 2018

Composition : M. NEU, président
MM. Bonard et Monod, assesseurs
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourante, agissant par sa curatrice, [...], à [...],

et

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

Art. 43 al. 3 LPGA ; 87 al. 2 et al. 3 RAI

E n f a i t :

A. a) F. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1966, originaire d'Ethiopie, en Suisse depuis 2000, sans formation, travaillait comme ouvrière à 100 % dans une entreprise de fruits et légumes depuis avril 2005. Elle a été victime d'un accident le 13 avril 2008, chutant sur les genoux en poussant une cuve de légumes. Elle a subi une déchirure du ménisque interne du genou gauche, entraînant une incapacité totale de travail du 15 avril 2008 au 16 décembre 2008. L'assurée a été licenciée au 30 septembre 2008 en raison d'un état de santé qui n'était plus approprié aux conditions de travail. Elle 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) le 30 avril 2009 et le dossier de l'assurance-accidents a été transmis à l'OAI.

b) Dans un rapport du 2 septembre 2008 adressé à l'assureur-accidents, le Dr Q. _____, chef de clinique aux à l'Hôpital U. _____, retenait le diagnostic de lésion du ménisque interne et plica parapatellaire du genou gauche. L'évolution subjective était défavorable avec le développement de douleurs non systématisées « dorso-lombaires, hanche, bassin, thorax, tête, membres inférieurs des deux côtés etc..). Une reprise du travail semblait difficile dans un cadre psycho-socio-économique difficile.

Dans un rapport du 11 novembre 2008, le Dr X. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation au Centre P. _____, observait qu'au status de ce jour, la patiente était dolente. L'examen était relativement difficile au vu de l'importance des douleurs déclenchées par toute mobilisation. Celles-ci variaient toutefois en intensité en cours d'examen. Les genoux étaient secs, sans épanchement intra-articulaire. Les douleurs les plus vives étaient déclenchées à la mobilisation de la hanche gauche sous forme de douleurs péri-trochantériennes. Une symptomatologie algique était également présente à la palpation lombaire basse ainsi qu'en regard des sacro-iliaques. L'examen clinique n'était

guère contributif, il ne mettait pas en évidence de lésion spécifique. Le Dr X. _____ n'avait pas d'argument pour une complication telle qu'une algoneurodystrophie. Si la patiente était distraite, la mobilité du genou était tout à fait acceptable. Il en allait de même des autres articulations du membre inférieur gauche. Différents éléments de surcharge étaient présents avec des douleurs sur plusieurs points de fibromyalgie ainsi qu'un sommeil décrit comme non récupérateur. Ce médecin n'avait pas de proposition « spectaculaire », en particulier sur le plan physiothérapeutique au vu d'un nombre important de séances n'ayant pas apporté l'effet bénéfique escompté. Des facteurs possiblement extra-locomoteurs contribuaient probablement à la persistance de la symptomatologie algique.

Mandaté par l'assurance-accidents pour la mise en œuvre d'une expertise, le Dr L. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a rendu un rapport le 22 mai 2009. Il a observé que l'assurée se plaignait en fait de totalgies, douleurs des deux épaules, de la région lombaire, des deux hanches, des deux genoux, de façon continue. Le status orthopédique global, tant au niveau des épaules qu'au niveau du rachis, des hanches et des genoux était à considérer comme normal. Le genou gauche montrait une fonction complète. Ce médecin retenait les diagnostics de totalgies sans substrat objectifs, de status post-arthroscopie du genou gauche en 2008 et de status post-arthroscopie du genou droite antérieurement. Les plaintes étaient à son avis à mettre en relation avec un problème psychique. Concernant l'incapacité de travail, elle pouvait tout au plus être de trois à six semaines ensuite de l'arthroscopie. Passé ce délai, elle n'était plus à mettre en relation avec l'accident.

L'assurance-accidents a pris en charge les frais liés à l'accident ainsi qu'une indemnité journalière pour une incapacité de travail à 100 % jusqu'au 1^{er} décembre 2008.

c) L'OAI a interrogé le médecin traitant de l'assurée, le Dr D. _____, spécialiste en médecine interne générale et en infectiologie,

lequel a rendu un rapport le 8 juin 2009. Il retenait les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de gonalgies chroniques et de status après déchirure du ménisque interne et arthrose du genou complexe. L'assurée avait des difficultés à rester debout et à se mettre à genoux. L'activité exercée n'était plus exigible. Les restrictions énumérées pouvaient être réduites dans une activité exercée en position assise et on pouvait s'attendre à une reprise d'activité dès que l'assurée aurait trouvé un travail adapté. Les limitations fonctionnelles concernaient les activités uniquement en position debout, les activités dans différentes positions, les activités exercées principalement en marchant, le fait de se pencher, de s'accroupir, de se mettre à genou, les rotations en position assise ou debout, le fait de soulever et porter, de monter sur une échelle, un échafaudage et des escaliers. Le médecin notait encore que les capacités de concentration et d'adaptation étaient limitées en raison de la langue. Le Dr D._____ a transmis à l'OAI divers rapports médicaux, dont un rapport du 3 septembre 2008 du Dr Q._____, lequel relevait que la patiente était très plaintive. Elle relatait des douleurs cervico-dorso-lombaires, de hanche, dans la poitrine, dans les deux membres inférieurs, ainsi qu'une fatigue chronique. L'examen clinique avait été difficile à réaliser, étant donné l'étendue des plaintes. Le médecin s'était cantonné à l'examen du genou gauche. Il n'arrivait pas à objectiver de douleurs, la patiente relatant des douleurs sur tous les points de palpation sur le fémur distal, la cuisse, le tibia proximal, les interlignes, la rotule etc. Néanmoins, il n'y avait pas de douleurs à la palpation des interlignes articulaires lorsque la patiente était distraite de l'examen clinique. Le genou était stable dans le plan frontal et sagittal, il n'y avait pas d'épanchement intra-articulaire. L'amplitude articulaire était complète à 140-0-0°. Le reste du status était globalement sans particularité. Le Dr Q._____ n'avait aucune proposition chirurgicale à offrir à cette patiente, qui relatait d'autres problèmes de santé, ainsi que des problèmes socio-économiques qui semblaient peser lourd dans sa symptomatologie.

Par avis médical du 19 novembre 2009, les Drs B._____ et T._____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), ont estimé que les limitations fonctionnelles et la capacité de travail

de l'assurée devaient être précisés par rapport aux lombalgies et aux douleurs sacro-iliaques. Par ailleurs, une évaluation psychiatrique était nécessaire dans le contexte de douleurs diffuses chroniques.

Un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a été effectué au SMR les 10 décembre 2009 et 7 janvier 2010. Les Drs H._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont rendu un rapport le 21 janvier 2009, dont on extrait ce qui suit :

« *Plaintes actuelles*

L'assurée fait état de douleurs au niveau des deux genoux avec des tuméfactions associées à un héli-syndrome algique touchant tout l'hémicorps G [gauche], y compris le membre supérieur G, avec phénomène de tuméfaction. Associées à cette symptomatologie algique ostéoarticulaire, l'assurée fait état de céphalées à caractère fronto-temporal de type pulsatile, accompagnées deux fois par mois par des crises de migraines avec photophobie, nausées et vomissements.

Les plaintes algiques en ce qui concerne le genou D [droit] remontent au traumatisme de 2000 qui a bénéficié d'un traitement opératoire à deux reprises. En ce qui concerne le genou G, l'assurée déclare des douleurs secondaires au traumatisme du mois de mars 2008, exacerbées par le traitement chirurgical du mois de mai. Depuis lors, l'assurée déclare une symptomatologie constante et persistante au niveau des deux genoux, exacerbée par toute forme d'activité physique en charge ou nécessitant la mobilisation des genoux. Parallèlement, l'assurée évoque une symptomatologie algique touchant l'hémicorps G dans son ensemble (membre supérieur, épaule, poignet, coude et flanc G), à caractère mécanique, évoluant surtout à la suite du traumatisme du mois de mars 2008 [...].

Status ostéoarticulaire
[...]

Mise en évidence de 13/18 points selon Symthe en faveur d'un processus de type fibromyalgique avec points contrôle positifs. Mise en évidence de 8/8 signes selon Waddell en faveur d'un processus de non organicité avec absence de signe selon Kummel (comportement caricatural et démonstratif).
[...]

DIAGNOSTICS

- avec répercussion durable sur la capacité de travail

- LOMBALGIES ANAMNESTIQUES SUR SPONDYLOLISTHÉSIS DU 1^{ER} DEGRÉ DE L5-SUR S1 EN RELATION AVEC UNE LYSE ISTHMIQUE COMPLÈTE DE L5 (M43.1).
 - o TROUBLES STATIQUES ET DÉGÉNÉRATIFS DU RACHIS LOMBAIRE AVEC DISCOPATHIE L4-L5, L5-S1. M47.00
- GONALGIES BILATÉRALES À CARACTÈRE MÉCANIQUE, ESSENTIELLEMENT SUR STATUS APRÈS TRAUMATISME À RÉPÉTITION. M17.2
 - o STATUS APRÈS ARTHROSCOPIE À DEUX REPRISES DU GENOU D DANS LES ANNÉES 2000-2002
 - o STATUS APRÈS ARTHROSCOPIE ET RÉSECTION PARTIELLE DU MÉNISQUE INTERNE À G AVEC RÉSECTION D'UN PLICA SYNOVIALE AU MOIS DE MAI 2008.

- sans répercussion sur la capacité de travail

- SYMPTOMATOLOGIE ALGIQUE GÉNÉRALISÉE AVEC MISE EN ÉVIDENCE DE SIGNES DE NON ORGANICITÉ SELON SMYTHE ET WADELL (AMPLIFICATION DES PLAINTES EN VUE D'OBTENTION D'AVANTAGES SOCIAUX ?).

APPRÉCIATION DU CAS

Sur le plan ostéoarticulaire : [...]

A l'examen clinique au SMR, l'examineur somatique est essentiellement frappé par une discordance entre les plaintes évoquées par l'assurée, une mobilité spontanée complète sans mise en œuvre de signe d'épargne ou de signe algique particulier et un comportement caricatural et démonstratif lors de l'examen clinique avec des empêchements ostéoarticulaires majeurs aux dépens du rachis, des membres inférieurs et, dans une moindre mesure, du membre supérieur G.

Objectivement, aucune limitation dans les amplitudes articulaires n'a été décelée lors de l'examen clinique réalisé au SMR. Aucune atteinte à caractère inflammatoire n'a été objectivée lors de l'examen clinique. L'examen neurologique est sans particularité, hormis la description d'un hémisyndrome sensitivo-algique touchant l'hémicorps G dans son ensemble, sans territoire anatomique reconnu, sans mise en évidence de spasticité, de syndrome extra-pyramidal, de trouble au piqué-touché, de trouble de la pallesthésie ou du trouble du sens positionnel. A signaler par ailleurs l'absence d'amyotrophie significative ou de trouble moteur objectif. Le reste de l'examen de médecine générale met en évidence des signes de

non organicité selon Smythe et Waddell. Un diagnostic formel de fibromyalgie peut difficilement être retenu, en présence de signes de contrôle positifs. Il est plutôt vraisemblable que cette assurée présente un phénomène d'amplification des plaintes en vue d'obtention d'avantages sociaux et les signes de non organicité à caractère fluctuants présentés par l'assurée s'intègrent dans ce processus.

La documentation radiologique mise à disposition met en évidence un trouble dégénératif au niveau du rachis lombaire sous la forme de discopathie étagée L4-L5 et surtout L5-S1 associée à un antélisthésis du 1^{er} degré de L5 sur S1 sur lyse isthmique complète de L5. Aucune autre atteinte ostéoarticulaire n'a été mise en évidence au bilan radiologique, hormis la déchirure du ménisque interne qui a été traitée par arthroscopie et un œdème en regard du ligament latéral externe compatible avec une entorse du genou (IRM du genou).

[...]

Au vu des atteintes à la santé objectives sur le plan ostéoarticulaire (antélisthésis et lyse isthmique), des limitations fonctionnelles sont retenues dans des activités à forte charge physique (port de charge supérieure à 7,5 kg de façon répétitive, mobilisation en antéflexion ou en porte-à-faux du tronc contre résistance, position statique debout immobile prolongée). Toute autre forme d'activité qui respecte ces limitations fonctionnelles sur le plan lombaire sont possibles à un taux de 100 %, sans diminution de rendement. En ce qui concerne les gonalgies revendiquées par l'assurée, celles-ci s'intègrent dans un processus de status postopératoire sans mise en évidence de limitation articulaire lors des différents examens cliniques [...]. En présence d'un status après arthroscopie des deux genoux et résection partielle du ménisque interne avec résection d'une plica synoviale et dans un contexte d'allégations de gonalgies chroniques, il est toutefois préconisé d'éviter les activités en charge de façon continue, les positions en genuflexion ou accroupies à répétition.

[...] La composante à caractère non organique est primordiale dans la symptomatologie mise en avant par cette assurée. [...]

L'examen psychiatrique SMR met en évidence :

- Une absence de symptomatologie dépressive avec thymie bonne, sans irritabilité ni tristesse, ruminations existentielles sans idées noires, fatigabilité anamnesticque sans troubles de concentration ni de mémoire, sans repli sur elle-même, sans anhédonie, sans perte d'estime d'elle-même, sommeil perturbé par des retards d'endormissement, appétit conservé, libido satisfaisante.

- Une absence de symptomatologie anxieuse incapacitante avec éléments en faveur d'angoisse itérative qui passe seule, éléments de crise d'anxiété généralisée à raison de 1 fois tous les 2 mois, sans éléments en faveur d'agoraphobie, de claustrophobie de la lignée obsessionnelle.
- L'examen psychiatrique ne retrouve pas de signe floride de la série psychotique ou de critères CIM-10 de trouble de personnalité. L'assurée fait état d'un « problème dépressif » non documenté au dossier AI [assurance-invalidité] qui aurait nécessité un suivi psychiatrique de 2000 à 2004 auprès de psychiatres aussi bien à Yverdon qu'à Lausanne dont l'assurée dit avoir oublié le nom avec consultation une fois tous les 2 mois, sans prescription de psychotrope, le médecin généraliste ayant seulement prescrit un inducteur du sommeil dont l'assurée ne se souvient pas du nom. Cet épisode se serait amélioré et une rémission est à dater à partir de 2004. Il est à rappeler que nous n'avons aucune pièce attestant de cet épisode.

[...]

Par ailleurs, notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitations fonctionnelles psychiatriques. Il est à noter de plus qu'aucun élément du dossier n'évoque de symptomatologie psychiatrique.

Nous pouvons donc conclure que notre examen psychiatrique SMR ne met pas en évidence de maladie psychiatrique responsable d'une atteinte à la capacité de travail de longue durée.

[...]

Sur le plan ostéoarticulaire : [...] l'assurée est en incapacité de travail à 100 % depuis le 15.04.2008.

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

Sur le plan ostéoarticulaire : objectivement, cette assurée présente une pleine capacité de travail dans quelque activité que ce soit qui respecte les limitations fonctionnelles établies, au plus tard trois mois après l'intervention sur le genou G subie le 21.05.2008. L'examen clinique réalisé ce jour au SMR n'a pas mis en évidence de pathologie à caractère invalidant de longue durée, hormis dans des activités à forte charge physique pour le rachis et les genoux.

L'activité habituelle de l'assurée n'est pas adaptable aux limitations fonctionnelles, une diminution de rendement de maximum 50 %

dans une telle activité peut être retenue au vu des limitations fonctionnelles présentées. »

Par avis médical du 5 février 2010, les Dresses K. _____ et T. _____ ont ainsi retenu à titre d'atteinte principale à la santé des troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire avec discopathie L4-L5, L5-S1 et à titre de pathologies associées du ressort de l'assurance-invalidité des « lombalgies anamnétiques sur spondylolisthésis de 1° degré de L5 sur S1 ; gonalgies bilatérales sur status après traumatismes à répétition, status après arthroscopies des genoux, status après résection partielle du ménisque interne à gauche ». Elles considéraient la symptomatologie algique généralisée avec mise en évidence de signes de non organicité comme n'étant pas du ressort de l'assurance-invalidité. La capacité de travail dans l'activité habituelle était de 50 % depuis le 15 avril 2008. Depuis le 15 août 2008, elle était de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : « pas de port de charge supérieure à 7,5 kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 12,5 kg, pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance à répétition, éviter les positions accroupies ou en genuflexion à répétition, éviter les montées/descentes d'escaliers à répétition, pas de position statiques debout prolongées, éviter les positions statiques assises au-delà d'une heure sans possibilité de varier les positions assises/debout. »

Il ressort d'un rapport interne de l'OAI du 18 mars 2010 que l'assurée avait effectué un stage d'aide de cuisine dans un EMS. L'évaluation finale du stage était élogieuse et l'employeur envisageait d'engager l'assurée, ce qui devait encore être confirmé. Un poste d'aide de cuisine en EMS, home ou restaurant de collectivité privée respectait les limitations fonctionnelles et n'occasionnerait pas de préjudice économique à l'assurée.

L'OAI a rendu un projet de décision le 29 mars 2010, dans le sens d'un refus de rente d'invalidité, retenant un revenu sans invalidité de 42'729 fr. dans l'activité habituelle d'ouvrière de production et un revenu d'invalidité de 40'596 fr. dans l'activité d'aide de cuisine en home ou

restaurant de collectivité selon la Convention collective de travail relative à ce secteur d'activité. La perte de gain s'élevait ainsi à 2'133 fr., soit un degré d'invalidité de 4.99 %. Le droit à l'aide au placement était ouvert.

L'OAI a confirmé son projet par décision du 19 mai 2010.

Il ressort d'un rapport final de l'OAI du 21 octobre 2010 que l'assurée renonçait à l'aide au placement.

Par décision du 8 avril 2014, la Justice de Paix du district du Jura-Nord vaudois a institué une curatelle d'accompagnement et de gestion en faveur de l'assurée.

d) L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations le 16 juillet 2015 en raison de l'atteinte aux genoux. Elle précisait ne pas pouvoir porter de charges, l'existence d'un risque de chute et des douleurs permanentes. L'absence d'amélioration de l'état de santé rendait « difficile, impossible » la reprise d'une activité.

Elle avait suivi une mesure à l'E._____, [...], sous la forme d'une évaluation des compétences professionnelles et transversales, du 4 au 29 mai 2015. L'assurée effectuait par ailleurs, selon les besoins, une activité bénévole dans une structure d'accueil d'enfants dans le cadre de l'association I._____. Dans un rapport du 10 juin 2015, l'E._____ a relevé ce qui suit :

« [...] Mme F._____ rencontre d'importantes difficultés pour s'exprimer en français ainsi que des difficultés pour toutes les activités demandant une bonne habileté manuelle. Ceci restreint considérablement ses possibilités de s'inscrire dans un projet professionnel viable à moyen terme. Il est fondamental qu'elle entretienne les activités pour lesquelles elle s'est engagée pour l'association « I._____ », ce qui lui permet d'être active en maintenant un réseau social. Nous confirmons que les activités demandant peu de polyvalence ainsi que celles demandant des changements de positions seraient les plus adaptées à ses compétences. Cependant, les difficultés nous paraissent trop importantes pour que Mme F._____ puisse retrouver un poste dans l'économie libre.

Recommandations sur les projets envisageables :

Nous sommes d'avis qu'une demande AI devrait être reformulée et la situation devrait être ré-analysée. Le cas échéant, les activités d'aide à la personne ne demandant pas de porter de charges à cause de ses genoux fragiles ou celles dans le service nous paraissent les plus adaptées à ses compétences à condition qu'elle travaille en binôme. Les activités de couture ou celles offertes en blanchisserie seraient à évaluer. Nous pensons qu'une insertion dans une entreprise à dimension sociale fournissant ce type des [sic] prestations comme le propose [...] serait à évaluer mais pourraient être adéquates. [...] »

La curatrice de l'assurée a envoyé à l'OAI un courrier le 14 août 2015, dont la teneur est la suivante :

« [...] Depuis l'accident de 2008, Madame F. _____ a subi les interventions utiles pour améliorer son état.

Ensuite, elle a dû, avec difficultés, s'accommoder de cette vie sans activité professionnelle. Son mari, d'ailleurs l'a quittée. Pour supporter cet état, Madame F. _____ a cherché diverses alternatives. Elle a essayé de maintenir du lien social, pour ne pas déprimer chez elle. Elle y est parvenue en partie, et surtout grâce à « I. _____ ».

Elle a accepté avec enthousiasme, les mesures d'accompagnement proposées par le CSR [Centre social régional], dans le cadre du RI [revenu d'insertion]. Elle a suivi les cours de français et y a mis une très grande volonté. [...]

L'exigence de concentration pour l'apprentissage (alphabet et syntaxe) de la langue française et son écriture, les trajets quotidiens en transports publics, mais aussi à pied et le travail, les devoirs à la maison ont occasionné maux de tête, des troubles du sommeil et douleurs articulaires. Toutefois, elle a fait le maximum pour s'y rendre, elle s'est privée de moment de détente ou de sortie chez des amis pour être au mieux de sa forme. Malgré cela, elle rencontre aujourd'hui encore des difficultés importantes pour comprendre les consignes en Français et pour s'exprimer.

Vous avez reçu en copie le rapport établi par l'ORIF [...].

Ce rapport détaille les limitations de Madame F. _____. Il explore aussi ses capacités et sa personnalité. Il dit bien en quoi aujourd'hui, la situation de Madame F. _____ ne correspond plus aux conclusions rendues précédemment par l'OAI. [...]

Ces années sans activité professionnelle sont pénibles pour Madame F._____. Son souhait serait d'exercer à nouveau un travail. Son histoire personnelle est entièrement tournée vers le travail et le besoin de satisfaire les attentes de ses employeurs. Imaginer qu'elle soit dans la comédie serait un affront à son parcours et son identité.

Enfin, en 2014, l'instauration d'une mesure de protection de l'adulte allait dans le sens d'épauler Madame F._____, qui faisait preuve d'une très grande volonté, mais avait besoin de pouvoir être accompagnée et rassurée quant aux démarches à entreprendre, mais aussi pour diverses activités de la vie quotidienne.

Aujourd'hui, sa fragilité physique est désécurisante. Ses difficultés en français et en structuration de la pensée rendent l'accompagnement psychologique très ardu. La réassurance ne suffit pas. Nous sommes devant une problématique complexe. Elle se résume pour le moins en des troubles physiques, associés à une compréhension intellectuelle limitée, par la langue et par l'absence de scolarité, le tout, dans un contexte culturel qui implique une recherche de solutions hors norme.

C'est dans ce contexte global, avec les problèmes physiques, les incapacités intellectuelles et le fond psychologique fragile, que cette demande de rente est déposée. [...]

Madame F._____ a besoin d'aide pour subvenir à ses besoins. Elle a besoin d'une reconnaissance de ses capacités ou incapacités. Que vous puissiez l'accompagner dans une activité adaptée, que vous lui octroyez une rente ou que vous trouviez une autre alternative, voilà ce dont elle a besoin et la raison de cette demande. [...] »

Le Dr D._____ a adressé à l'OAI un rapport le 17 août 2015, exposant que sa patiente souffrait d'une « gonarthrose bilatérale sévérissime », d'un état anxio-dépressif sévère ainsi que d'un trouble de l'adaptation marqué. Les douleurs aux genoux étaient sévères et non soulagées par les anti-inflammatoires et les séances de physiothérapie. L'incapacité engendrée depuis quelques années entretenait un état anxio-dépressif, lui-même aggravé par un trouble de l'adaptation marqué qui empêchait l'assurée de retrouver un travail. Le degré d'incapacité de travail n'avait pas changé et le Dr D._____ l'estimait à au moins 75 % depuis la première demande de prestations. Le pronostic était plus que réservé et les chances de retrouver un travail lui paraissaient nulles. Il soutenait ce que la curatrice avait très bien décrit dans sa lettre et pensait

que les démarches entreprises auprès de l'OAI étaient totalement justifiées.

Le Dr W._____, du SMR, a rendu un avis médical le 24 février 2016, considérant notamment que le Dr T._____ n'apportait aucun argument clinique ni radiologique à ses affirmations. Au plan des atteintes à la santé, il n'y avait selon lui pas de modification de la situation attestée médicalement de manière probante et, à ce titre, il n'y avait pas lieu d'entrer en matière sur la nouvelle demande, car les conclusions du rapport d'examen du SMR du 5 février 2010 restaient d'actualité.

L'OAI a rendu un projet de décision le 2 mars 2016, dans le sens d'un refus d'entrer en matière, considérant l'appréciation du Dr D._____ comme une appréciation différente d'un même état de fait.

L'assurée s'est opposée au projet précité le 16 mars 2016, par l'intermédiaire de sa curatrice. Elle se prévalait pour l'essentiel du fait que l'E._____ considérait ses difficultés comme trop importantes pour un poste dans l'économie libre, une insertion dans une entreprise à dimension sociale étant à évaluer, alors que la décision de l'OAI de 2010 retenait qu'un poste d'aide de cuisine en home ou restaurant de collectivité était adapté à son atteinte à la santé. Par complément du 4 avril 2016, l'assurée a mis en avant la dimension psychique des atteintes à sa santé, décrivant des mauvais traitements qu'elle avait subis à son arrivée en Suisse de la part de son premier employeur alors qu'elle travaillait comme employée de maison (notion d'esclavagisme). Elle se posait entre autre la question d'une atteinte dépressive liée à ces événements.

Le Dr W._____ a rendu un avis médical le 11 avril 2016, observant en substance que les différents points soulevés par l'assurée n'étaient pas d'ordre médical. Notamment, les difficultés à se situer dans un contexte professionnel européen étaient liées à l'absence d'acculturation. Quant à l'éventuel trouble dépressif dont la source pouvait être les sévices subis à son arrivée en Suisse, le Dr W._____ observait

que l'examen rhumatologique et psychiatrique du SMR de 2009, soit bien après les faits, n'avait mis en évidence aucun trouble psychique.

L'OAI a rendu une décision de refus d'entrer en matière le 2 mai 2016 sur la base des constatations du Dr W._____.

B. Par acte du 1^{er} juin 2016, F._____, par l'intermédiaire de sa curatrice, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à l'annulation de dite décision. Elle se prévaut en substance de tentatives de réinsertion professionnelle infructueuses et de la nécessité d'un réexamen de la situation globale avec les éléments qui n'avaient pas été traités lors de la première demande, soit le contexte « bio-psycho-social ».

Par réponse du 5 septembre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours sur la base des avis du SMR des 24 février et 11 avril 2016.

Par réplique du 27 septembre 2016, la recourante a confirmé ses conclusions, rappelant qu'elle souhaitait vivement trouver une activité adaptée à ses difficultés et en lien avec ses capacités. Elle sollicitait notamment l'aide au placement.

L'intimé a confirmé sa position par duplique du 13 octobre 2016.

Par écriture du 13 novembre 2017, la recourante a fait savoir à la Cour de céans que sa situation médicale ne s'était pas modifiée. Elle avait une activité bénévole auprès de personnes en situation de handicap, qu'elle ne pouvait exercer que trois heures et demie par semaine.

E n d r o i t :

1. **a)** Sous réserve de dérogations expresses, 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 (art. 1 al. 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 des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 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) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

Dans le canton de Vaud, 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) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, déposé en temps utile devant le tribunal compétent et selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par la recourante, singulièrement sur la question de savoir si cette dernière a rendu plausible une modification significative de l'état de fait qui justifierait un nouvel examen de son cas depuis la dernière décision statuant sur son droit aux prestations entrée en force, eu égard aux pièces produites devant l'intimé.

3. a) Aux termes de l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; 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. 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 (art. 87 al. 3 RAI). Selon la jurisprudence, cette exigence 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 rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 4b et les références citées). 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 citées ; MEYER/REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), Zurich/Bâle/Genève 2014, n° 51 p. 433).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles ; si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. 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. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.1 et 2.2).

b) Le Tribunal fédéral a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, la Haute Cour a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie 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] ; ATF 124 II 265).

Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3 ; 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2). Cette exigence ne consiste toutefois pas à obliger l'assuré à apporter des preuves qui ne lui sont pas accessibles, mais de permettre à l'administration d'écarter des demandes excessives sans plus ample examen. Par ailleurs, « rendre plausible » ne doit pas être compris au sens de la preuve de la vraisemblance prépondérante telle qu'elle est souvent exigée en droit des assurances sociales. Il ne s'agit en effet pas ici d'apporter une « preuve complète » qu'un changement notable est intervenu dans l'état de fait depuis la dernière décision. Il suffit bien plutôt qu'il existe des indices à l'appui de ce changement et que le juge et l'administration puissent être convaincus que les faits allégués se sont

vraisemblablement produits (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n. 3100 p. 840 s.).

c) On précisera 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 ; 130 V 71 consid. 3.2).

4. L'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante en se fondant sur les avis du Dr W. _____ des 24 février 2016 et 11 avril 2016. Ce médecin a considéré que les documents produits par la recourante, soit l'avis du Dr D. _____ et le rapport de l'E. _____, n'amenaient pas d'éléments nouveaux et que les conclusions du SMR du 5 février 2010 qui avaient fondé la première décision de l'intimé étaient toujours d'actualité. Les arguments soulevés par la recourante, plus particulièrement sa curatrice, n'étaient quant à eux pas d'ordre médical.

L'intimé ne sera pas suivi lorsqu'il retient une situation médicale inchangée.

L'expertise du SMR avec examen clinique remonte à janvier 2010, écarte tout trouble psychique incapacitant et retient sur le plan somatique des lombalgies et gonalgies des suites d'un accident qui aurait laissé l'intéressée sans lésion spécifique.

Il est vrai que les éléments soulevés par la curatrice, de même qu'une partie des observations de l'E. _____, telles que les difficultés liées à la langue, relèvent essentiellement de facteurs socio-culturels, qui ne peuvent être pris en compte par l'assurance-invalidité. Il est vrai également qu'une partie de leurs observations sur le plan des atteintes à la santé de la recourante, telles que les douleurs lombaires, les troubles

du sommeil et les migraines, ne sont pas des éléments nouveaux et il n'est pas allégué de façon plausible qu'ils se sont aggravés.

Le médecin traitant de la recourante atteste en revanche une gonarthrose bilatérale « sévérissime », soit un diagnostic plus grave que les gonalgies chroniques qu'il avait retenues en 2009, et alors même qu'il est notoire que ce type de pathologie puisse se péjorer. Il atteste également une péjoration de l'état de santé psychique de sa patiente, puisqu'il retient un état anxio-dépressif sévère et un trouble de l'adaptation marqué, alors qu'il ne mentionnait, tout comme le SMR, aucun trouble psychiatrique en 2009. Alors qu'il ne précisait pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée à cette époque, il estime qu'elle est au moins de 75 % dans son rapport du 17 août 2015. Bien qu'il précise que cette incapacité existe depuis la première demande, on observera qu'elle n'avait pas été retenue, ni par lui, ni par d'autres médecins. Le Dr D. _____ atteste ainsi un état de santé globalement péjoré, ce qui est cohérent avec les constatations très claires de l'E. _____ et les allégations de la curatrice, lesquelles font état de difficultés tant physiques que sur le plan des capacités intellectuelles et des ressources psychiques. L'E. _____ en arrive à la conclusion qu'une activité dans une entreprise à dimension sociale serait à évaluer et potentiellement adéquate, ce qui ne revient pas à retenir une capacité de travail entière dans une activité d'aide de cuisine dans un home ou un restaurant de collectivité.

Partant, il y a lieu de retenir que la recourante a rendu plausible une péjoration de son état de santé avec une répercussion sur sa capacité de travail, que l'intimé ne pouvait écarter sur simple avis du SMR, sans examen clinique, en se rapportant à des conclusions médicales remontant à 2010, soit plusieurs années avant la deuxième demande de prestations, fondées sur des diagnostics différents de ceux actualisés par le médecin traitant. Il convenait donc d'entrer en matière sur le plan médical.

5. En définitive, le recours se révèle bien fondé et doit donc être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision de refus d'entrer en matière du 2 mai 2016 et le renvoi de la cause à l'office intimé afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée par la recourante le 16 juillet 2015 et procède à son instruction.

6. 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'assurance-invalidité 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. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; 49 al. 1 LPA-VD).

Bien qu'obtenant gain de cause, la recourante, qui a agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 2 mai 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée.
- III.** La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée par F. _____ le 16 juillet 2015.

IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

V. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Z._____, curatrice (pour F._____),
- 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).

La greffière :