

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 juin 2018

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mmes Dessaux et Berberat, juges
Greffier : M. Klay

Cause pendante entre :

F. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Philippe Nordmann,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 43 al. 1 LPGA ; art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante suisse, est née en [...] en [...] et est arrivée en Suisse en [...]. Au terme de sa scolarité obligatoire, elle n'a pas effectué de formation professionnelle. Mère de [...] enfants, nés entre 1981 et 1995, elle s'est consacrée à leur éducation et à la tenue de son ménage. Elle a travaillé de 1992 à 1995 auprès du [...] à [...] à raison de cinq heures par semaine en qualité de femme de ménage. Depuis la naissance de son dernier enfant en 1995, elle se plaint de dorsalgies.

B. Par demande du 17 janvier 2001, l'assurée a sollicité des prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi d'une rente en raison de la maladie de Forestier, forme grave d'arthrose, diagnostiquée en février 2000.

Par décision sur opposition du 19 octobre 2004, confirmant une décision du 25 février 2004, l'OAI a rejeté la demande de rente déposée par l'assurée en raison de l'absence d'invalidité au sens des art. 4 LAI et 8 LPGA. Il a considéré que l'invalidité de l'intéressée devait être déterminée au regard de sa capacité d'exercer une activité lucrative et non de sa capacité à accomplir ses tâches ménagères et éducatives dès lors que celle-ci avait indiqué – dans un complément à sa demande daté du 5 mai 2003 – que si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 100 % dès le moment où ses enfants seraient plus indépendants. Se fondant sur le rapport d'expertise du 3 février 2004 du Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'OAI a retenu un taux d'invalidité de 20 % au maximum, lequel n'ouvrait pas droit à la rente.

Par jugement du 7 mars 2006, le Tribunal des assurances du canton de Vaud (ci-après : le TASS) a rejeté le recours de l'intéressée et confirmé la décision sur opposition précitée, considérant qu'il n'existait aucun motif de s'écarter des conclusions du Dr G._____, lesquelles

étaient cohérentes et convaincantes. Le TASS a en outre relevé que les troubles dont souffrait l'assurée étaient certes réels, mais qu'ils étaient pour une part non négligeable en relation avec la situation socio-économique de sa famille, laquelle ne pouvait être déterminante dans l'évaluation du taux d'invalidité de l'intéressée.

C. Par demande du 22 avril 2008, l'assurée a sollicité une nouvelle fois des prestations auprès de l'OAI, tendant à l'octroi d'une rente en raison de la péjoration des affections physique et psychique.

Par rapport médical daté - vraisemblablement par erreur - du 14 mai 2007 et reçu le 14 mai 2008 par l'OAI, le Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a posé les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de syndrome douloureux ubiquitaire, dans le cadre d'un vraisemblable syndrome somatoforme douloureux, et de maladie de Forestier (hyperostose squelettique diffuse idiopathique [DISH]) au niveau du rachis dorsal. Il a ajouté ne lui avoir jamais prescrit d'incapacité de travail et que, d'un point de vue somatique, l'activité exercée était encore exigible.

Par rapport médical du 27 juin 2008, les Drs H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et M._____, spécialiste en médecine interne générale, tous deux travaillant au Service de psychiatrie [...] de la C._____, ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant existant depuis 2000 et d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques existant depuis octobre 2007. Ils ont attesté une totale incapacité de travail.

Les Drs O._____ et Z._____, tous deux spécialistes en médecine interne générale à la Consultation générale de la C._____, ont, dans un rapport médical du 15 juillet 2008, posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome somatoforme douloureux sous forme de douleurs ubiquitaires existant depuis 2003, d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique existant depuis octobre 2007, de maladie de Forestier située au niveau vertébral de D6 à D9 existant depuis

2000 et d'obésité de stade III avec un indice de masse corporelle (ci-après : BMI) à 41 kg/m² (mai 2008). Ils ont attesté une totale incapacité de travail. Ils ont également posé les diagnostics sans effet sur la capacité de travail d'hypovitaminose D3 substituée existant depuis janvier 2008, d'anémie normocytaire hypochrome ferriprive substituée existant depuis juin 2008, de status post cholécystectomie avec abcès de paroi péri-ombilicale existant depuis 2000, de status post cure de syndrome de tunnel carpien droit existant depuis 1995 et de status post hystérectomie.

Dans un rapport du 24 novembre 2008 faisant suite à un examen clinique psychiatrique effectué le 13 novembre 2008, la Dresse Y. _____ - ancien chef de clinique adjoint en psychiatrie au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) - et la Dresse T. _____ - spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie au SMR - n'ont retenu aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. Elles ont posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Elles ont apprécié la situation de l'assurée de la manière suivante (sic) :

« **Appréciation du cas**

Il s'agit d'une jeune assurée, âgée de 48 ans, sans formation professionnelle, en Suisse depuis 1987. Elle fait une première demande AI le 26.01.2001 qui est rejetée par l'Office AI, par décision du 25.02.2004. Suite à une opposition, cette décision de refus a été validée et justifiée par le Tribunal Cantonal Vaudois des Assurances, par jugement du 07.03.2006.

Nouvelle demande AI, le 29.04.2008.

Dans le rapport médical du 14.05.2007, le Dr R. _____ retient le diagnostic de syndrome douloureux ubiquitaire dans le cadre d'un vraisemblable syndrome somatoforme douloureux, maladie de Forestier (DISH) au niveau du rachis dorsal et selon le médecin, d'un point de vue somatique, « l'activité exercée est encore exigible, puisqu'il n'y a pas de limitations fonctionnelles objectives qui puissent découler d'une atteinte à la santé somatique, puisque la maladie de Forestier est une constatation essentiellement radiologique, sans répercussion clinique auprès de cette assurée ».

Selon le psychiatre traitant, le Dr M. _____, médecin-assistant à la C. _____, dans le rapport médical du 27.06.2008, l'assurée souffre d'un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques,

depuis octobre 2007 et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant depuis 2000 et bien que du point de vue psychiatrique « nous n'avons jamais effectué d'arrêts de travail depuis 2007 », l'incapacité de travail est totale.

Selon la CIM[classification internationale des maladies]-10, le diagnostic d'épisode dépressif sévère repose sur la présence de trois symptômes typiques suivants : humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir, augmentation de la fatigabilité, associées à au moins quatre, et de préférence cinq autres symptômes dépressifs et plusieurs de ces symptômes doivent être sévères. Or, au status psychiatrique effectué par le Dr M. _____, l'assurée ne présente pas de diminution de l'intérêt et du plaisir, de trouble de la concentration et de l'attention, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, de diminution de l'appétit, ni d'idées suicidaires. Le psychiatre traitant objective « un discours centré sur les plaintes douloureuses avec une pensée rétrécie », l'assurée est décrite comme « relativement agitée avec un changement de position fréquent, des grimaces qui expriment un inconfort avec une empreinte démonstrative » et les symptômes ne sont pas sévères.

Par conséquent, les critères cliniques de la CIM-10, en faveur d'un diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, ne sont pas réunis.

A notre avis, dans un contexte de conflit asséculoologique et de difficultés financières, sur un fond dysthymique, l'assurée aurait développé un état dépressif majeur réactionnel, selon le status psychiatrique décrit par le psychiatre traitant, d'intensité légère à moyenne.

Quoi qu'il en soit, actuellement la symptomatologie dépressive est en rémission complète et n'a aucune incidence sur la capacité de travail.

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 sévère de l'environnement psychosocial, d'état de stress post-traumatique, de trouble obsessionnel compulsif, de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes.

Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de dysthymie, qui est une dépression chronique de l'humeur, mais dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen.

A noter que déjà dans l'expertise psychiatrique du 03.02.2004, le Dr G. _____ retenait le diagnostic, d'éventuellement fond dysthymique, en rapport aux difficultés socio-économiques présentées par la famille en 2000, accompagné d'un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale chronique, de gravité tout au plus légère, d'un point de vue strictement psychiatrique.

L'assurée est démonstrative, elle adopte une attitude histrionique, recherchant l'attention d'autrui, elle est insatisfaite du traitement ou des investigations et elle est projective et déçue quant à la qualité des soins médicaux. Par conséquent, nous avons retenu le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, qui est caractérisé par la présence de symptômes physique compatibles avec un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique de l'assurée. Ce diagnostic ne représente pas une maladie psychiatrique à caractère incapacitant de longue durée et n'a aucune incidence sur la capacité de travail. L'assurée présente une obésité qui augmente considérablement ses difficultés physiques, et elle devrait bénéficier d'un traitement médical spécifique.

Bien que l'assurée déclare de passer ses journées au lit, sans rien faire, à la vie quotidienne, elle prépare le repas, regarde la télévision, discute avec ses enfants, sort faire des promenades avec des amies qu'elle voit régulièrement, elle fait des courses 1x par semaine à la [...] et cette année, elle est partie en vacances, en bus, au [...], donc elle ne présente pas de perte d'intégration sociale, dans toutes les manifestations de la vie. Dans un contexte de douleurs chroniques, de conflit asséculoologique et de difficultés financières, l'assurée développe de symptômes dépressifs qui constituent des manifestations réactives, d'accompagnement de ces troubles douloureux chroniques, de sorte qu'un diagnostic d'état dépressif (léger à moyen, actuellement en rémission) ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome.

Notre assurée ne présente pas de comorbidité psychiatrique manifeste, de trouble de la personnalité morbide, de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ni d'état psychique cristallisé ou profit tiré de la maladie et elle n'a aucune prise en charge sur le plan rhumatologue. Les critères de sévérité de la jurisprudence actuelle ne sont pas réunis.

En conclusion, sur le plan psychiatrique, l'assurée ne souffre d'aucune pathologie à caractère incapacitant et la capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité.

Les limitations fonctionnelles

Actuellement, il n'y a pas de limitations fonctionnelles psychiatriques.

L'absence de formation professionnelle, les difficultés financières, la démotivation, ne font pas partie du domaine médical.

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

Selon le Dr M. _____, l'incapacité de travail est totale dès octobre 2007, bien qu'il n'ait jamais effectué d'arrêt de travail.

Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas d'incapacité de travail.

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

0% objectivé à l'examen clinique au SMR.

Capacité de travail exigible

Dans l'activité habituelle : 100 %

Dans une activité adaptée : 100 % »

Par rapport médical du 20 février 2009, la Dresse S._____ et le Dr K._____, respectivement chef de clinique et médecin assistant au Service de psychiatrie [...] de la C._____, ont rappelé que l'assurée était suivie à leur consultation depuis le 19 décembre 2006 en raison d'un syndrome douloureux somatoforme persistant connu depuis 2000 et d'un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique connu depuis octobre 2007. Ils ont ajouté que la capacité de travail de l'assurée était nulle.

Par décision du 23 mars 2009, confirmant un projet de décision du 26 janvier 2009, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles. Il a considéré que l'assurée ne souffrait d'aucune atteinte à la santé invalidante au sens de la LAI. Ainsi, du point de vue somatique, l'assurée ne présentait ni incapacité de travail, ni limitation fonctionnelle. Du point de vue psychiatrique, l'examen clinique effectué auprès du SMR ne montrait aucune pathologie psychiatrique invalidante. Par conséquent, l'intéressée était à même d'exercer son activité habituelle à plein temps.

L'assurée a recouru contre la décision précitée par acte du 11 mai 2009. Dans le cadre de la procédure de recours, ont été produits un courrier du 3 septembre 2009 des Dresses SP._____ et XT._____, respectivement spécialiste en médecine interne générale et médecin praticien à la Consultation générale de la C._____, un courrier du 4 décembre 2009 du Dr R._____ et un rapport médical du 15 avril 2010 de la Dresse [...] et du Dr [...], respectivement spécialiste en rhumatologie et médecin-assistant au Service de rhumatologie du FS._____ (ci-après : FS._____).

Par Arrêt du 28 septembre 2011 (AI 235/09 - 441/2011), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'intéressée et confirmé la décision sur opposition précitée, retenant ce qui suit (sic) :

« [...]

4. a) [...]

b) [...]

Pour statuer sur le droit à la rente dans le cadre de la décision du 25 février 2004, confirmée sur opposition le 19 octobre 2004, puis par jugement du 7 mars 2006 du TASS, l'OAI s'est référé à un rapport d'expertise psychiatrique du 3 février 2004 établi par le Dr G._____, qui a conclu que l'assurée présentait une capacité de travail médico-théorique variant entre 80 et 100 %. Il a ainsi relevé que l'intéressée avait probablement développé un état dépressif de gravité légère, éventuellement une dysthymie, en rapport avec des difficultés socio-économiques, auquel s'ajoutait un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale chronique, de gravité tout au plus légère d'un point de vue strictement psychiatrique, mais qui ne justifiait pas la reconnaissance d'une incapacité de travail. Sur le plan somatique, les praticiens consultés concluaient à la présence d'un trouble somatoforme douloureux et de la maladie de Forestier, les comorbidités psychiatriques justifiant une incapacité de travail évaluée à 30 % en qualité de ménagère (rapports du 13 août 2002 de la Dresse [...] et du Dr [...] ; du 18 février 2003 du Dr R._____, et du 16 avril 2003 de la Dresse [...]). Finalement, l'OAI a retenu un taux d'invalidité de 20 % au maximum, le TASS considérant au surplus que le taux d'invalidité demeurait en tout état de cause inférieur au seuil de 40 % requis, raison pour laquelle la demande de rente devait être rejetée.

c) Par la suite, il s'avère que l'assurée a consulté de nombreux spécialistes (orthopédiste et rhumatologue) qui n'ont toutefois pas été en mesure d'établir une corrélation entre l'atteinte somatique et les plaintes. Les radiographies, scanners et IRM dorso-lombaires ont ainsi permis d'exclure une atteinte sévère sans toutefois expliquer les douleurs présentes de la tête aux pieds (rapport du 15 juillet 2008 des Drs O._____ et Z._____). Dans un courrier du 3 septembre 2009 adressé au conseil de l'assurée, les Dresses SP._____ et XT._____ ont noté une légère progression de la maladie de Forestier déjà connue (cliché de janvier 2009), une discarthrose L4-L5 et L5-S1, une uncarthrose pluri-étagée, ainsi qu'une gonarthrose tricompartmentale ayant nécessité la réalisation d'une ponction du genou par le Dr R._____ en juin 2009. Interrogé au sujet des pathologies évoquées, le Dr R._____ a estimé qu'il n'y avait pas de limitation au niveau de la mobilité rachidienne, mais des douleurs diffuses de la tête aux pieds, de nombreux points de fibromyalgie (Smythe) algique à 10/18, raison pour laquelle il a retenu le diagnostic de syndrome douloureux chronique somatoforme (courrier du 4 décembre 2009 adressé à la

Cour de céans). S'agissant de l'atteinte au genou droit, le Dr R. _____ a confirmé avoir procédé en juin 2009 à une ponction qui avait permis d'extraire un liquide synovial clair non infectueux typique d'une gonarthrose banale, puis avoir effectuée une infiltration de corticoïde. Le Dr R. _____ a constaté l'absence d'épanchement, tout en ajoutant que de telles gonarthroses n'entraînaient en générale pas de problème dans une activité excluant la position accroupie ou agenouillée. Cet élément ne saurait être examiné dans le cadre du présent recours, la décision attaquée du 23 mars 2009, date à laquelle ce problème n'était pas encore apparu (courrier du 4 décembre 2009, réponse à la question 9).

d) Par conséquent, seule la question de l'existence ou non d'un syndrome somatoforme douloureux, voire d'une fibromyalgie à caractère incapacité doit être examinée en l'espèce, [...]

[...]

e) Sur le plan psychique, le dossier comprend un examen du 13 novembre 2008 de la Dresse Y. _____ du SMR, qui retient les diagnostics de dysthymie (F34.1) et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), considérant toutefois qu'ils n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, rejoignant ainsi les constatations faites antérieurement par le Dr G. _____ dans son examen psychiatrique du 3 février 2004. Ce dernier avait en effet retenu le diagnostic, d'éventuellement fond dysthymique, en rapport avec des difficultés socio-économiques présentées par la famille en 2000, accompagné d'un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale chronique, de gravité tout au plus légère, d'un point de vue strictement psychiatrique. La Dresse Y. _____, quant à elle, a exposé que l'examen clinique n'avait notamment pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide ou d'état de stress post-traumatique. Certes, l'assurée souffrait d'une dysthymie, c'est-à-dire d'une dépression chronique de l'humeur, mais dont la sévérité était insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. Elle a conclu que l'assurée ne souffrait d'aucune pathologie à caractère incapacitant, raison pour laquelle la capacité de travail exigible était de 100 % dans toute activité. A ce rapport, s'oppose celui du 27 juin 2008 des Drs H. _____ et M. _____, psychiatres traitants de l'assurée à la C. _____, lesquels ont retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques depuis octobre 2007, et ont attesté une totale incapacité de travail, bien que "nous n'avons jamais effectué d'arrêt de travail depuis 2007".

Le rapport du 24 novembre 2008 de la Dresse Y. _____ du SMR repose sur un examen clinique et son contenu répond en tous points aux exigences de la jurisprudence en ce qui concerne la valeur probante des expertises médicales (cf. consid. 2b supra). Il décrit clairement et de manière fouillée tous les points importants, l'appréciation de la situation médicale est bien expliquée et les conclusions de l'experte sont parfaitement motivées. Les raisons

pour lesquelles une dysthymie (F34.1), selon la terminologie de la CIM-10, est la mieux à même de décrire la psychopathologie de la recourante font l'objet d'une démonstration convaincante. Ce rapport, dont les conclusions rejoignent celles du Dr G. _____ qui avait examiné la recourante en 2004, doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Le courrier du 20 février 2009 de la Dresse S. _____, nouvelle psychiatre traitante à la C. _____, ne fait pas état d'éléments objectifs qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise du SMR et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette expertise. Certes, la Dresse S. _____ a noté une péjoration globale de l'état de santé de sa patiente depuis début octobre 2007 tout en confirmant que cette dernière présentait depuis cette date un épisode dépressif sévère. Toutefois, il s'agit manifestement d'une appréciation différente d'une situation similaire, puisque l'examen clinique du SMR réalisé en novembre 2008 a pris en compte "l'aggravation clinique" décrite par la Dresse S. _____. La Dresse Y. _____, consciente de cette différence d'appréciation avec les intervenants de la C. _____ et elle-même, a clairement expliqué que le status psychiatrique effectué par les Drs H. _____ et M. _____, ne permettait pas de retenir que les critères cliniques de la CIM-10 en faveur d'un diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, étaient réunis. Les psychiatres ont ainsi fait état d'un "discours centré sur les plaintes douloureuses avec une pensée rétrécie", et ont décrit l'assurée comme "relativement agitée avec un changement de position fréquent, des grimaces qui expriment un inconfort avec une empreinte démonstrative".

Vu le comportement démonstratif de l'assurée, il semble que les psychiatres traitants aient fait le postulat de la sincérité de leur patiente, alors que la Dresse Y. _____ a évalué de manière critique les plaintes de l'intéressée. Or, la tâche d'un médecin consiste précisément à porter un jugement sur l'état de santé d'un assuré et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est incapable de travailler. Les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de ce dernier (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Dans ce contexte, les conclusions du SMR apparaissent plus objectives dès lors qu'elles se fondent non seulement sur les seules plaintes de l'expertisée, mais aussi sur les constatations objectives et l'anamnèse, qui ont conduit la Dresse Y. _____, de manière convaincante, à retenir le diagnostic de dysthymie, trouble n'entraînant aucune incapacité de travail. Par conséquent, à défaut d'éléments objectivement vérifiables attestant de la gravité du trouble dépressif majeur affectant la recourante et de son influence sur la capacité de travail, il n'y a pas lieu de s'écarter de la décision attaquée sur ce point précis.

f) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir sur le plan psychiatrique, le seul diagnostic de dysthymie. Un tel diagnostic ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence relative à la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. consid. 4d, 3ème § supra). Les autres critères déterminants pour reconnaître exceptionnellement le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de

travail n'apparaissent pas davantage remplis en l'espèce. S'agissant en particulier d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, on ne saurait manifestement la retenir au vu des renseignements contenus dans le rapport d'expertise du SMR. En effet, malgré que l'assurée déclare passer ses journées au lit, sans rien faire, elle prépare le repas, regarde la télévision, discute avec ses enfants, sort faire des promenades avec ses amies qu'elle voit régulièrement et fait des courses une fois par semaine à la [...]. Par ailleurs, elle est partie en 2008 en bus au [...]. En tout état de cause, on ne voit pas que la recourante réunisse en sa personne plusieurs de ces critères (ou du moins pas dans une mesure très marquée) qui fondent un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle. Le point de savoir si des affections corporelles chroniques ou un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable, existent, peut demeurer indécis. En effet, on ne saurait faire abstraction du discours démonstratif et de l'attitude histrionique de la recourante pour qui toute proposition thérapeutique paraît d'emblée vouée à l'échec. Sur ce point, on peut regretter l'absence de dosage sérique, élément qui est important pour évaluer la compliance du patient. Enfin, l'intéressée n'a jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique ou fait l'objet d'autres mesures thérapeutiques transitoires plus conséquentes, son encadrement à domicile étant assuré par ses proches.

g) Au vu de ce qui précède, il apparaît que le trouble somatoforme ne se manifeste pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur complète de la capacité de travail de l'assurée ne peut plus être raisonnablement exigée de sa part. L'appréciation de l'intimé se révèle par conséquent bien fondé.

[...] »

D. Par demande du 18 mars 2014, l'assurée a sollicité à nouveau des prestations auprès de l'OAI, tendant à l'octroi d'une rente en raison d'une atteinte à la santé causée par un accident. L'assurée précisait en effet que l'atteinte, consécutive à l'accouchement du 25 mars 1993, était en lien avec la péridurale.

Suite à cette troisième demande, plusieurs rapports médicaux ont été versés au dossier de l'OAI, soit notamment un rapport médical daté du 9 juillet 2014 reçu le même jour par l'OAI, par lequel la Dresse P._____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, a posé les diagnostics d'infection urinaire invalidante, de ménopause symptomatique sous Cimifemine, d'état dépressif, d'augmentation du BMI, de diabète de type II diagnostiqué en 2011 et d'hypercholestérolémie.

Par avis médical du 23 juillet 2014, les Drs B._____, spécialiste en médecine interne générale, et W._____ du SMR se sont prononcés comme suit sur le rapport médical susmentionné de la Dresse P._____ :

« [...]

Discussion : [...]

La Dresse P._____ rapporte une problématique d'incontinence urinaire ayant manifestement débuté par un traitement chirurgical en 2005 et ayant fait l'objet d'une reprise en 2012. Un traitement médicamenteux est actuellement en cours. Ce rapport se distingue par l'absence d'anamnèse, d'examen clinique ainsi que d'appréciation concernant les limitations fonctionnelles ou la capacité de travail. Elle ne rapporte en particulier pas la présence d'une atteinte à la santé ayant justifié une incapacité de travail totale et durable. Concernant les interventions chirurgicales, ces dernières justifient une incapacité transitoire allant de quelques jours à quelques semaines (dans le cas d'activité professionnelle physiquement contraignante) mais ne sauraient justifier une modification de la capacité de travail susceptible d'influencer le droit aux prestations de l'assurée.

[...] »

Par décision du 25 juillet 2014, confirmant son projet de décision du 6 juin 2014, l'OAI a décidé de ne pas entrer en matière sur la demande de prestations du 18 mars 2014, retenant que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision et qu'il s'agissait uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait.

E. Dans un rapport médical du 19 août 2015, le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la Dresse Q._____, tous deux médecins au Centre X._____, ont annoncé à l'OAI une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Ils ont estimé que celle-ci présentait une incapacité de travail totale pour cause de maladie et posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant (existant depuis 2000), de trouble dépressif récurrent (existant probablement en 2003), avec un épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, et renvoyant pour le reste du diagnostic aux rapports des

médecins somaticiens. Ils ont en outre et notamment écrit ce qui suit (sic) :

« **1.4**

Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour, symptômes actuels)

F. _____ nous a été adressée pour suite de la prise en charge dans le cadre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et d'un trouble dépressif chronique. Ces diagnostics, leur évolution chronique et peu favorable les dernières années ainsi que l'absence d'évolution possible sur le plan thérapeutique avaient motivé une demande AI au mois de Juin 2008 par le Dr H. _____ et le Dr. M. _____, anciens médecins de la C. _____ de [...], service psychiatrie [...] avec une non entrée en matière de la part de L'AI. Depuis 2008, l'état de santé de la patiente n'a pas évolué. Le tableau clinique reste dominé par des plaintes douloureuses avec une pensée pauvre et rétrécie, sur un mode opératoire avec des difficultés de relier l'intensification de ses douleurs à son vécu émotionnel. Au cours des entretiens, la patiente nous a fait part d'idées suicidaires scénarisées récurrentes, se demandant « à quoi bon continuer de vivre avec toutes ces souffrances ? », faisant surtout allusion à ses maladies sur le plan somatique. Elle dit pleurer souvent, elle sort très peu de chez elle et manquerait de force et d'énergie. Elle se plaint de l'impossibilité de faire beaucoup de choses. Elle passe sa journée allongée sur le canapé dans le salon et n'a aucune activité. Sa thymie est abaissée et marquée par une tristesse importante. Elle nous fait aussi part d'un sentiment de non reconnaissance de sa souffrance par l'AI et d'un sentiment d'injustice.

Sur le plan familial, la situation reste complexe et chaotique avec manque de respect des limites de chacun.

[...]

Constat médical

Il s'agit d'une patiente de 54 ans, de petite taille avec un surpoids. Son faciès est triste avec les larmes aux yeux. Elle se plaint d'une perte de mémoire et des difficultés de concentration. Sa pensée est rétrécie et pauvre, avec un discours centré sur sa douleur et sa situation de vie difficile. Sa thymie est abaissée et marquée par une tristesse importante avec des idées suicidaires récurrentes avec le scénario d'ingestion excessive de médicaments. En effet, la patiente se demande souvent « à quoi bon continuer de vivre en vue de ses souffrances physiques qui ne s'amélioreraient pas ». Elle présente une anhédonie, une aboulie ainsi qu'une diminution de l'élan vital. Elle se sent désespéré par moment avec un sentiment d'avenir bouché.

On relève un retrait social avec perte de l'intégration sociale, des troubles du sommeil sous forme de difficultés d'endormissement et d'insomnie partielle ainsi qu'une sensation d'avenir bouchée.

Nous relevons également une diminution de l'élan vital, une fatigabilité et des accès de panique accompagnés de symptômes neurovégétatifs (oppression thoracique, peine à respirer et palpitations).

Pronostic

Au vue de l'évolution chronique de la situation clinique avec un état psychique cristallisé, la faible évolution sur le plan thérapeutique et de la faible capacité de mentalisation et élaboration, le pronostic est sombre.

[...]

1.7

Questions sur l'activité exercée à ce jour

Énumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes?

Pensée rétrécie avec un discours centré sur les plaintes douloureuses, diminution de la capacité à maintenir l'attention en lien avec des ruminations, angoisses de mort et quant à l'avenir, accès de paniques récurrentes, thymie triste avec des pensées pessimistes sur l'avenir, idées suicidaires récurrentes, diminution de l'élan vitale, troubles du sommeil, perte marquée de l'intérêt et retrait social.

Comment se manifestent-elles au travail?

Diminution de la capacité de concentration et de la flexibilité intellectuelle, résistance limitée au stress, ralentissement sur le plan psychomoteur, fatigabilité diurne.

[...]

1.11

Informations supplémentaires, remarques et propositions

Il s'agit d'une patiente présentant un syndrome douloureux somatoforme persistant depuis 2000 ainsi qu'un trouble dépressif chronique depuis 2003, apparu au moment de la rupture de contact avec sa fille aînée. L'évolution ces dernières années a été peu favorable. L'état dépressif de Madame F. _____ s'est progressivement péjoré avec l'apparition d'accès de panique. Il est associé à des douleurs qui se sont intensifiées et diffusées dans le reste du corps. Comme facteur de crise, on peut évoquer le décès de sa tante au cours de l'été 2015 ainsi que l'émancipation de ses deux filles cadettes arrivant en fin de formation, source de stress majeure pour la patiente avec la crainte d'être abandonnée et laissée à elle-même. En tenant compte des éléments susmentionnés, de la présence des critères de Foerster (comobidité psychiatrique, affection somatique chronique, perte d'intégration sociale, évolution pathologique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durables, échecs de traitement) l'incapacité de travail est totale et l'intégration dans le monde économique n'est pas possible. »

Dans une annexe au rapport médical précité, le Dr V. _____ et la Dresse Q. _____ ont indiqué qu'il fallait tenir compte des limitations fonctionnelles suivantes : difficultés relationnelles ressenties par le sujet, hostilité ou agressivité, difficultés dans la gestion des émotions, pragmatisme, difficultés d'autonomie dans les autres activités de la vie quotidienne (à savoir les activités qui ne concernent pas les tâches administratives et le maintien de l'hygiène personnelle), difficultés dans les déplacements, difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne, difficultés d'organisation du temps, difficultés dans la reconnaissance de la maladie et dans la gestion du traitement, hypersensibilité au stress et apparition périodique de phases de décompensation. Ils ont en outre précisé que des fonctions cognitives liées à l'activité étaient limitées, à savoir la capacité de concentration/attention, la capacité de compréhension, les capacités mnésiques, la capacité d'organisation/planification et la capacité d'adaptation au changement.

En réponse à un courrier de l'OAI du 8 octobre 2015, l'assurée lui a retourné une nouvelle demande de prestations datée du 6 avril 2016, reçue le 8 avril 2016 par l'OAI, invoquant une atteinte à la santé causée par une maladie, l'assurée ayant précisé ce qui suit sur l'atteinte : « *Au 6^e accouchement, douleurs constantes au dos* ».

En date du 8 avril 2016, l'OAI a également reçu les documents suivants :

- un rapport médical établi le 26 juillet 2013, par lequel le Dr L. _____, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie, a posé les diagnostics suivants : syndrome d'hyperventilation chronique, bilan fonctionnel pneumologique (spirométrie, pléthysmographie, capacité de diffusion) normal ; pas d'évidence pour un asthme bronchique chez une patiente avec une absence d'hyperréactivité bronchique au test de provocation à la Métacholine et sans signe indirect d'inflammation à éosinophiles des voies respiratoires ; syndrome métabolique chez une patiente avec obésité de stade III

selon l'Organisation mondiale de la santé, diabète de type II traité par antidiabétique oraux et hypertension artérielle traitée ; état anxiodépressif traité ; troubles somatoformes douloureux, polyarthrose (gonarthrose et coxarthrose) et maladie de Forestier ; syndrome d'apnées obstructives de degré moyennement sévère traité par respiration assistée par pression positive depuis 2011 ; status après opération de tunnel carpien bilatéral ; status après cholécystectomie en 2000 ; status après cystopexie en 2005 et 2012 ; ventricule gauche dans les limites de la norme (échocardiographie du 3 juillet 2013) pas de signe pour une souffrance myocardique à l'ergométrie (3 juillet 2013), absence de coronaropathie significative (tomographie par ordinateur scan coronarien 5 juillet 2013) ; notion d'emphysème centrolobulaire (tomographie par ordinateur scan coronarien juillet 2013) sans répercussion fonctionnelle. En outre, il a précisé que le bilan fonctionnel pneumologique était « absolument normal » et il retenait que la patiente souffrait d'un syndrome d'hyperventilation chronique, ce qui « coll[ait] bien avec sa personnalité dépressive et ses troubles somatoformes ».

- un rapport médical établi au terme d'une consultation du 21 février 2014, par lequel le Dr WK._____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, a posé les diagnostics d'incontinence urinaire (urodynamique) à l'effort, de vessie hyperactive avec detrusor instable, de vessie hyperactive sur vessie hypersensible, de prolapsus de la filière génitale et d'infections urinaires à répétition.
- une lettre du 10 mars [année illisible] destinée à la Dresse P._____, par laquelle le Dr WK._____ a notamment indiqué conclure à la présence d'une vessie hyperactive de type très occasionnellement humide, cliniquement non démontrée, avec urodynamiquement

vessie stable, normo-compliante et normo-capacitative et d'une incontinence urinaire à l'effort résiduelle, constatée cliniquement par un LPP positif et avec une corrélation urodynamique avec une diminution de la fonction sphinctérienne en position debout.

- une copie du rapport médical de la Dresse P._____ du 9 juillet 2014 (également cf. p. 10).

- un rapport médical du 8 septembre 2014, par lequel le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin assistant au Service de rhumatologie du FS._____, a indiqué que l'assurée était suivie pour un trouble somatoforme douloureux diagnostiqué en 1993, une gonarthrose bilatérale et un canal lombaire étroit de grade C (IRM du mois d'avril 2011). Il a précisé que cette patiente se plaignait de douleurs chroniques au niveau de la nuque, en aggravation depuis deux mois, de douleurs aux épaules, aux deux coudes jusqu'aux mains, avec une impression de laçage aux mains. Il a ajouté qu'il s'agissait de plaintes déjà bien connues depuis au moins 2011 pour lesquelles objectivement il n'était pas constaté de nouveaux éléments cliniques objectifs. Il n'existait pas de nouvel élément pour une aggravation objective des maladies de l'assurée malgré le fait que celle-ci décrivait une augmentation de ses différentes douleurs. Une partie des plaintes pouvait en outre être aussi expliquée par un état dépressif chronique.

- un rapport d'échographie de l'abdomen supérieur du 8 avril 2015 destiné au Dr N._____ - spécialiste en cardiologie et en médecine interne générale -, par lequel le Dr CL._____ - spécialiste en radiologie - a conclu à ce qui suit : « Status après cholécystectomie. Stéatose hépatique

stable. Pas de lésion visible expliquant les douleurs de la patiente : pathologie digestive ? ».

- une lettre du 20 juillet 2015 du Dr WK._____, par laquelle il a notamment écrit à la Dresse P._____ que l'assurée présentait toujours la même symptomatologie, à savoir des infections urinaires à répétition survenant sur un fond de maladie métabolique avec obésité, diabète de type 2, hypercholestérolémie et hypertension, et que la situation était réglée sur le plan incontinence à l'effort. Il a précisé avoir repratiqué une urétrocystoscopie qui montrait une image caractéristique d'infection urinaire chronique.
- une copie du rapport médical et de son annexe du Dr V._____ et de la Dresse Q._____ du 19 août 2015 (également cf. pp 11-14).
- un rapport médical du 22 février 2016, par lequel la Dresse J._____ - spécialiste en cardiologie et en médecine interne générale - a écrit au Dr N._____ que le nouveau bilan cardiologique effectué chez l'assurée dans ce contexte de plaintes diverses, à savoir dyspnée, palpitations et douleurs thoraciques, était à nouveau rassurant. Elle a précisé que néanmoins, après l'effort, l'intéressée avait mentionné une oppression thoracique, sans modification de l'électrocardiogramme. Elle lui a alors proposé un essai avec de la trinitrine et un nouveau contrôle d'ici un mois environ avant de décider s'il y avait lieu de mener d'autres investigations. En outre, elle a relevé que la tension artérielle était un peu élevée au contrôle et que le traitement de l'assurée pourrait y être adapté.
- un certificat médical du 29 mars 2016, par lequel le Dr N._____ a rappelé les antécédents de l'intéressée, à

un savoir une cure de tunnel carpien gauche en 1995, une cholécystectomie en 2000, une infiltration de la cicatrice de cholécystectomie en 2000, cure de récurrence de tunnel carpien droit en 2002, la pose de bandelettes à deux reprises pour incontinence urinaire en 2005, la pose de bandelettes pour récurrence d'une incontinence urinaire en 2012, une résection trans-urétrale de la vessie en 2014. Il a en outre signalé que l'assurée était suivie pour un trouble somatoforme chronique avec polyarthralgies, un état anxio-dépressif persistant, une gonarthrose bilatérale, un canal lombaire étroit, une obésité morbide, un diabète de type 2, une dyslipidémie, un syndrome d'apnées de sommeil appareillé et un emphysème centro lobulaire et des céphalées de tension.

Par avis médical du 15 novembre 2016, la Dresse RN._____, spécialiste en chirurgie au SMR, a estimé qu'il convenait de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 6 avril 2016, considérant qu'au plan somatique, une aggravation de l'état de santé de l'assurée n'avait pas été objectivée par les examens cliniques et para cliniques, et qu'au plan psychiatrique, aucune modification de l'état de fait susceptible de permettre de retenir que l'atteinte se serait aggravée et aurait engendré une incapacité de travail durable n'avait été détectée. En effet, le rapport médical du Dr N.____ du 29 mars 2016 énumérait une série de diagnostics déjà connus et « pris en considération dans les précédentes demandes ». En plus, ce rapport médical ne contenait aucune description du status clinique, aucun bilan para clinique ni aucune évaluation de la capacité de travail. Le rapport médical de la Dresse J.____ du 22 février 2016 faisait état d'un bilan cardiologique rassurant. Dans son rapport médical du 20 juillet 2015, le Dr WK.____ n'avait pas retenu de diagnostics nouveaux, mais mentionnait des infections urinaires à répétition sur un fond de maladie métabolique, l'incontinence à l'effort ayant été soignée. L'échographie de l'abdomen supérieur du 8 avril 2015 était dans la limite de la norme et ne montrait pas de lésion pouvant justifier les douleurs de l'assurée. Par rapport

médical du 8 septembre 2014, le Dr D._____ n'avait pas mis en évidence de nouveaux éléments cliniques pour admettre une aggravation objective de l'état de santé de l'intéressée. Le bilan pneumologique du 26 juillet 2013 était décrit comme « absolument normal », seul un syndrome d'hyperventilation chronique lié au trouble somatoforme étant retenu. Enfin, le rapport médical du Centre X._____ du 19 août 2015 ne mentionnait pas non plus de diagnostic nouveau. Le syndrome douloureux somatoforme persistant était déclaré exister depuis 2000 et le trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques depuis 2003. En outre, dans l'anamnèse, il était signalé que « depuis 2008 l'état de santé de la patiente n'[avait] pas évolué ». Le reste de l'anamnèse et du status clinique était superposable à ce qui avait été déjà détaillé dans le rapport médical des Drs H._____ et M._____ du 27 juin 2008 et qui avait été déjà pris en compte lors de l'examen clinique psychiatrique du 24 novembre 2008.

Le 17 novembre 2016, l'OAI, dans un projet de décision, a informé l'assurée de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations, au motif qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision du 25 juillet 2014, étant précisé qu'il s'agissait uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait.

Par lettre du 7 décembre 2016, l'assurée, par l'intermédiaire de Procap Centre de Conseils en Assurances Sociales, a informé l'OAI qu'elle entendait former des objections.

Par lettre du 29 décembre 2016, la Dresse TH._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au Centre X._____, a sollicité de l'OAI qu'il revoie son positionnement concernant la réouverture du dossier AI de l'assurée afin qu'elle puisse être examinée à nouveau et également sur le plan psychiatrique. A l'appui de ce qui précède, elle a invoqué le fait que sa patiente présentait de multiples maladies somatiques (arthrite, hypertension artérielle, problèmes dorsaux, maladie

de Forestier, etc.), avec des difficultés à se mouvoir, des douleurs diffuses, le tout associé à des problèmes psychiatriques. L'assurée était suivie au Centre X._____ depuis le 28 janvier 2015 dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec des symptômes douloureux persistants, accompagnés d'insomnies et de troubles cognitifs.

Par décision du 18 janvier 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision du 17 novembre 2016.

F. Par acte du 16 février 2017, F._____, par l'intermédiaire de son conseil Me Philippe Nordmann, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision susmentionnée, concluant « avec dépens à l'annulation de la décision attaquée et à sa réforme dans le sens que l'Office AI doit entrer en matière sur sa demande de révision ». En substance, elle a soutenu avoir rendu vraisemblable l'aggravation de son état de santé depuis 2009, tant au plan somatique qu'au plan psychique, se référant en particulier aux rapports du Dr L._____ du 26 juillet 2013, du Dr D._____ du 8 septembre 2014, du Dr WK._____ du 20 juillet 2015, du Dr V._____ et de la Dresse Q._____ du 19 août 2015, du Dr N._____ du 29 mars et de la Dresse TH._____ du 29 décembre 2016. Il en ressortait en effet des diagnostics nouveaux ou différents ou, à tout le moins, que l'intensité des atteintes s'était aggravée, de sorte qu'elle devait désormais être considérée comme invalide à 100 %. L'intéressée a ajouté que l'avis médical du SMR du 15 novembre 2016 ne saurait être pertinent dans la mesure où, d'une part, on ignorait tout de la spécialisation de la Dresse RN._____ qui avait signé ce document et où, d'autre part, sa lecture des différents documents était pour le moins sommaire. A l'appui de ses dires, la recourante a produit, sous bordereau, outre les six documents médicaux et l'avis médical du SMR susmentionnés, l'arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 28 septembre 2011 et, hors bordereau, la décision litigieuse ainsi qu'une procuration.

Le 21 avril 2017, l'intimé a répondu et conclu au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse, se fondant sur l'analyse effectuée le 15 novembre 2016 par le SMR.

Par courrier du 18 mai 2017, le conseil de la recourante a évoqué un élément nouveau, à savoir « la mise en évidence d'un syndrome de Sjörgen ignoré jusque-là », ainsi que cela ressortait d'un avis médical du Dr A._____, spécialiste en médecine interne, du 17 avril 2017 produit en annexe. Il a ajouté qu'il avait transmis ce document avec une lettre explicative du 24 avril 2017 adressée à l'intimé, dont copie était également annexée.

Par écritures du 21 juin 2017, le conseil de la recourante a allégué que l'intimé avait réagi à sa lettre du 24 avril 2017 susmentionnée en demandant le nom du spécialiste en immunologie par lettre du 30 mai 2017, à laquelle il avait répondu le 12 juin 2017. Le 15 juin 2017, l'intimé avait encore interpellé le FS._____. Dans ces conditions, il indiquait estimer que l'intimé devrait être interpellé en vue d'une transaction portant sur l'annulation de la décision litigieuse, le versement de 1'500 fr. de dépens et l'émission « d'une décision de notification de la transaction ». Il a ajouté se demander également si l'instruction que menait l'intimé ne devait pas amener à considérer que la décision attaquée était implicitement annulée. A l'appui de ses dires, il a produit cinq pièces, soit l'avis médical du Dr A._____ du 17 avril 2017, ses lettres des 24 avril et 12 juin 2017 adressées à l'intimé et les lettres de l'intimé des 30 mai et 15 juin 2017.

Par détermination du 13 juillet 2017, l'intimé a écrit ne pas adhérer à ce qui était proposé par la recourante à titre de transaction. Il a ajouté que le sort de la cause ne pouvait être influencé par une pièce médicale produite après la décision litigieuse et qu'il avait considéré la lettre du conseil de la recourante du 24 avril 2017 comme une nouvelle demande de prestations, qu'il avait entrepris d'instruire au fond. Estimant qu'il était tout à fait correct de refuser d'entrer en matière sur la demande de prestations du 6 avril 2016, l'intimé a confirmé ses conclusions.

Par écritures du 28 août 2017, la recourante, par l'intermédiaire de son conseil, a indiqué regretter que l'intimé ne tienne pas compte de « l'économie de procédure » au motif qu'il ne faudrait pas examiner les pièces médicales produites après la décision litigieuse, dans la mesure où ces pièces apportaient un éclairage sur la situation médicale antérieure à ladite décision attaquée. Elle a ajouté que, nonobstant ce qui précède, le recours était bien fondé même si l'on devait écarter, contre son avis, les pièces postérieures à la décision litigieuse, compte tenu des pièces produites en procédure administrative et de son argumentation développée dans son recours, les nouveaux diagnostics ne faisant que confirmer ses observations.

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 (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, 58 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 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).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 ; 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 2c).

b) Le litige porte en l'occurrence sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la demande de prestations formée le 6 avril 2016 par la recourante.

A ce sujet, il convient de relever que, l'intimé ayant décidé d'entrer en matière sur la lettre de l'intéressée du 24 avril 2017 – qu'il a considérée comme une nouvelle demande de prestations (cf. détermination du 13 juillet 2017) –, le principe de la nécessité de l'instruction au fond du dossier de la recourante n'est plus litigieux. En effet, dès lors que l'intimé a admis devoir instruire au fond, il se doit par conséquent de le faire sur tous les aspects (médicaux et juridiques, notamment) et déterminer si la modification de l'invalidité s'est effectivement produite, comme s'il se prononçait pour la première fois sur le droit aux prestations (TF 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). On ne saurait cependant suivre la recourante lorsqu'elle soutient que, de ce fait, il faudrait admettre que la décision litigieuse du 18 janvier 2017 serait « implicitement annulée ». Le présent litige garde en effet un objet dans la mesure où l'intimé a confirmé, dans sa détermination du 13 juillet 2017, être entré en matière uniquement sur la lettre du 24 avril 2017, mais non sur la demande de prestations litigieuse du 6 avril 2016, qui lui est antérieure d'un an. La date du document sur lequel l'intimé devait entrer en matière reste ainsi litigieuse et doit être déterminée, ce qui aura, cas

échéant, une influence sur la date à partir de laquelle l'intéressée pourrait se voir octroyer d'éventuelles prestations. Le conflit est ainsi d'ordre temporel et porte sur le point de savoir si les conditions pour une entrée en matière sont déjà réunies concernant la demande du 6 avril 2016.

3. a) Aux termes de l'art. 87 al. 2 RAI, 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 réf. cit. ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.1). 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 réf. cit. ; TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1 ; 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. 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. 2.2).

b) D'après la jurisprudence, 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 prévue par l'art. 87 al. 2 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 8C_308/2015 du 8 octobre 2015 consid. 3.2). 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 2002 ; art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{er} janvier 2003) – 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 (art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; ATF 124 II 265 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3).

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 8C_308/2015 du 8 octobre 2015 consid. 3.2). 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) Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur 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 à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 8C_308/2015 du 8 octobre 2015 consid. 3.2 ; 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3). Il s'ensuit que les rapports médicaux déposés au cours de la procédure cantonale de recours – soit postérieurement à la décision administrative attaquée – ne doivent pas être pris en considération et examinés par le juge des assurances sociales dans un litige de ce genre (TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid.4.3 ; I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 3.2 et 4.1).

d) On précisera que c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71 consid. 3.2 ; TF 9C_739/2010 du 1^{er} juin 2011 consid. 2.1).

4. a) D'emblée, il y a lieu de préciser que, conformément à la jurisprudence précitée (cf. consid. 3c *supra*), les cinq pièces produites par la recourante en annexe à ses écritures du 21 juin 2017, soit particulièrement l'avis médical du Dr A. _____ du 17 avril 2017, ne sauraient être prises en considération dans le présent arrêt pour examiner l'existence d'une aggravation de son état de santé telle qu'alléguée. Ces pièces ont en effet été produites et établies au cours de la procédure de recours, soit postérieurement à la décision litigieuse, et il ne convient pas de surseoir à ce principe jurisprudentiel – fût-ce par souci d'opportunité et d'économie de la procédure – sous peine de le vider de sa portée juridique.

Il est également relevé que le rapport médical de la Dresse P. _____ du 9 juillet 2014 avait déjà été versé au dossier de la recourante auprès de l'intimé lorsque ce dernier avait rendu sa précédente décision de non-entrée en matière le 25 juillet 2014. Dans leur avis médical du 23 juillet 2014, les Drs W. _____ et B. _____ du SMR s'étaient d'ailleurs prononcés à son sujet. La décision de non-entrée en matière du 25 juillet 2014 a donc été rendue après examen notamment du rapport médical du 9 juillet 2014. Cette décision n'ayant pas fait l'objet d'un recours, elle est entrée en force. Partant, la recourante ne saurait produire à nouveau le même rapport médical de la Dresse P. _____ du 9 juillet 2014 en annexe à sa nouvelle demande de prestations du 6 avril 2016. Il lui appartenait en effet, cas échéant, de recourir contre la décision du 25 juillet 2014 si elle estimait que ce rapport médical devait amener l'intimé à entrer en matière sur sa demande du 18 mars 2014. L'intimé a ainsi statué définitivement sur le fait que ledit rapport médical ne justifie pas une entrée en matière. Permettre à la recourante de faire porter une deuxième fois l'examen, au stade de l'entrée en matière, sur un même rapport médical reviendrait en définitive à autoriser tout assuré à reproduire continuellement les mêmes rapports en annexe de demandes de prestations successives, nécessitant à chaque fois un examen de l'intimé et faisant courir le risque de décisions contradictoires. Le rapport

médical de la Dresse P._____ du 9 juillet 2014 doit dès lors être écarté sans plus ample examen.

b) Cela étant, la décision litigieuse étant une décision de non-entrée en matière sur la demande de la recourante du 6 avril 2016, il n'y a pas lieu d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente – soit la décision du 23 mars 2009, confirmée par arrêt du 28 septembre 2011 de la Cour de céans, et non la décision de non-entrée en matière du 25 juillet 2014 (contrairement à ce qu'a soutenu l'intimé dans son projet de décision du 17 novembre 2016 et dans la décision litigieuse) – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité – et donc le droit à la rente – s'est produit. Il faut au contraire se limiter à examiner si la recourante, dans ses démarches auprès de l'intimé jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrée en matière du 18 janvier 2017 et les circonstances prévalant à l'époque telles que constatées par l'arrêt du 28 septembre 2011. En d'autres termes, la Cour de céans se bornera à examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations du 6 avril 2016 justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier.

c) Sur le plan somatique, la question de savoir si l'intensité des atteintes se serait aggravée ou si de nouveaux diagnostics auraient été posés – tel que par exemple une gonarthrose (rapport médical du Dr L._____ du 26 juillet 2013, rapport médical du Dr D._____ du 8 septembre 2014, certificat médical du Dr N._____ du 29 mars 2016), qui n'avait pas été examinée par la Cour de céans ainsi que cela ressort expressément de l'arrêt du 28 septembre 2011 – peut demeurer ouverte. En effet, force serait de toute manière de constater que les rapports médicaux, portant sur des atteintes somatiques et produits dans le cadre de la procédure administrative ouverte par la demande de prestations du 6 avril 2016 (rapport médical du Dr L._____ du 26 juillet 2013 ; rapport

médical et lettres du Dr WK._____ des 21 février 2014, 10 mars [année illisible] et 20 juillet 2015 ; rapport médical du Dr F._____ du 8 septembre 2014 ; rapport d'échographie de l'abdomen supérieur du Dr CL._____ du 8 avril 2015 ; rapport médical de la Dresse J._____ du 22 février 2016 ; certificat médical du Dr N._____ du 29 mars 2016 ; également rapport médical de la Dresse P._____ du 9 juillet 2014), n'attestent aucunement une diminution de la capacité de travail de la recourante qui découlerait des diagnostics posés. Il n'y est pas plus précisé en quoi ces diagnostics entraîneraient des limitations fonctionnelles de nature à provoquer une telle diminution.

Partant, compte tenu de ce qui précède, la recourante ne rend pas plausible que son degré d'invalidité s'est modifié sur le plan somatique depuis la décision du 23 mars 2009, confirmée par arrêt du 28 septembre 2011 de la Cour de céans.

d/aa) Sur le plan psychique, la situation doit être examinée à l'aune du rapport médical du Dr V._____ et de la Dresse Q._____ du 19 août 2015 et de la lettre de la Dresse TH._____ du 29 décembre 2016, tous médecins au Centre X._____. Le Dr V._____ et la Dresse Q._____ ont ainsi fait état d'une aggravation de l'état de santé de la recourante et d'une incapacité de travail totale. A l'instar de la Dresse TH._____, ils posent les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et de trouble dépressif récurrent, actuellement sévère. Comme cela ressort de l'avis médical du 15 novembre 2016 de la Dresse RN._____ du SMR, ces diagnostics avaient déjà été posés par le passé, notamment par les Drs H._____ et M._____ dans leur rapport médical du 27 juin 2008. Par son arrêt du 28 septembre 2011, la Cour de céans avait cependant écarté ces diagnostics, retenant en définitive, sur le plan psychiatrique, le seul diagnostic de dysthymie.

Il y a lieu d'examiner si, dans le cadre de sa nouvelle demande du 6 avril 2016, l'intéressée rend plausible des changements de circonstances amenant à considérer désormais comme possible l'existence desdits diagnostics. Pour ce faire, il sied de se pencher sur les

raisons pour lesquelles la Cour de céans n'avait pas retenu, dans l'arrêt du 28 septembre 2011, les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme et d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, et de comparer ces motifs avec les circonstances actuelles telles qu'elles ressortent des nouveaux rapports susmentionnés.

A la lecture de l'arrêt du 28 septembre 2011, on constate que la Cour de céans s'est fondée sur le rapport médical du 24 novembre 2008 des Dresses T._____ et Y._____ du SMR pour retenir le diagnostic de dysthymie et écarter celui d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, posé notamment par les Drs H._____ et M._____ dans leur rapport médical du 27 juin 2008. En substance, la Cour de céans a estimé que les conclusions des Dresses T._____ et Y._____, posées au terme d'un examen clinique psychiatrique mené par cette dernière, apparaissaient être les plus objectives. Leur rapport devait ainsi se voir reconnaître une pleine valeur probante, les psychiatres traitants ayant - semblait-il - fait le postulat de la sincérité de leur patiente.

Les Dresses T._____ et Y._____ avaient posé le seul diagnostic de dysthymie sur la base de l'examen clinique psychiatrique mené le 13 novembre 2008 par la Dresse Y._____, mais également compte tenu du fait que le status psychiatrique effectué par les Drs H._____ et M._____, tel qu'il ressortait de leur rapport médical du 27 juin 2008, ne permettait pas de considérer qu'étaient réunis les critères cliniques de la CIM-10 en faveur d'un diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques.

Il convient à ce stade de relever que le fait que la Dresse TH._____, d'une part, ainsi que le Dr V._____ et la Dresse Q._____, d'autre part, aient posé le même diagnostic d'épisode dépressif sévère que celui posé jadis par les Drs H._____ et M._____, écarté par la Cour de céans au profit de l'appréciation de l'examen clinique psychiatrique du 13 novembre 2008 effectué par les Dresses T._____ et Y._____ - au motif que leur rapport médical du 24 novembre 2008 était plus probant -, ne permet aucunement de

considérer de manière automatique que l'état de santé de la recourante ne pourrait pas s'être aggravé depuis lors. En effet, la situation peut avoir évolué et l'état de santé de l'intéressée s'être péjoré dans les années qui ont suivi cet arrêt, pour que finalement la situation actuelle concorde avec les diagnostics rejetés à l'époque dudit arrêt.

bb) Dans leur rapport du 24 novembre 2008, les Dresses T._____ et Y._____ ont écrit que, selon la CIM-10, le diagnostic d'épisode dépressif sévère reposait sur la présence de trois symptômes typiques suivants : humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir, augmentation de la fatigabilité, associées à au moins quatre, et de préférence cinq autres symptômes dépressifs, plusieurs de ces symptômes devant en outre être sévères. Or, au status psychiatrique effectué par les Drs H._____ et M._____ le 27 juin 2008, la recourante ne présentait pas de diminution de l'intérêt et du plaisir, de trouble de la concentration et de l'attention, d'idées de culpabilité ou de dévalorisation, de diminution de l'appétit, ni d'idées suicidaires.

A cet égard, on constate qu'il ressort expressément du rapport du 19 août 2015 et de son annexe du Dr V._____ et de la Dresse Q._____ que la recourante présenterait désormais, notamment des idées suicidaires récurrentes, une diminution de la capacité de concentration et d'attention et une diminution de l'intérêt et du plaisir (notamment anhédonie).

Ainsi, contrairement à ce qu'a écrit la Dresse RN._____ du SMR dans son avis médical du 15 novembre 2016, on ne saurait considérer que la situation décrite par le Dr V._____ et de la Dresse Q._____, dans leur rapport médical du 19 août 2015, est superposable à la situation ressortant du rapport médical du 27 juin 2008 des Drs H._____ et M._____ telle que prise en compte par les Dresses T._____ et Y._____ dans leur rapport du 24 novembre 2008 et, partant, par la Cour de céans dans son arrêt du 28 septembre 2011.

Dès lors, compte tenu de ce qui précède, on constate que la situation de la recourante décrite dans le cadre de sa demande du 6 avril 2016 n'est, de manière plausible, pas la même que celle prévalant dans l'arrêt du 28 septembre 2011. Cette situation pourrait, au sens de la teneur du rapport médical du 24 novembre 2008 des Dresses T._____ et Y._____ du SMR, permettre de poser le diagnostic d'épisode dépressif sévère selon la CIM-10, dans la mesure où des critères considérés comme pertinents à cet égard par ces médecins pourraient désormais être réunis. Le diagnostic d'épisode dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, est ainsi rendu plausible. Du moins, on ne saurait l'écartier en l'état sans de plus amples investigations. Ce nouveau diagnostic serait à l'évidence une aggravation de la situation de la recourante.

On relèvera que le caractère plausible d'un changement de circonstances depuis la situation telle qu'appréciée dans l'arrêt du 28 septembre 2011, respectivement d'une aggravation de l'état de santé de la recourante, est en outre confirmé par le fait que les Dresses T._____ et Y._____ avaient considéré que leur examen clinique psychiatrique n'avait notamment pas mis en évidence d'anxiété généralisée, ni de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes. Or, le Dr V._____ et la Dresse Q._____ ont indiqué que l'état dépressif de la recourante s'était « progressivement péjoré avec l'apparition d'accès de panique » et ont listé de nombreuses limitations fonctionnelles par leur rapport médical du 19 août 2015 et son annexe.

Enfin, il y a lieu de relever que ledit rapport médical du 19 août 2015 et son annexe sont détaillés et font état d'une aggravation de l'état de santé de la recourante, de limitations mentales ou psychiques, de la manière dont elles se manifesteraient dans une activité et d'une péjoration de la capacité de travail de l'intéressée. Par ailleurs, ce rapport médical a été écrit - et les diagnostics qu'il contient ont été posés - par d'autres médecins, travaillant dans un autre centre médical, que ceux intervenus dans la procédure ayant mené à l'arrêt du 28 septembre 2011. Le Dr V._____ est en outre spécialiste en psychiatrie et psychothérapie,

à l'instar d'ailleurs de la Dresse TH._____. Compte tenu de ces éléments, force est de constater que le rapport médical du 19 août 2015 du Dr V._____ et de la Dresse Q._____ ne saurait être écarté de manière automatique, au stade de l'entrée en matière sur la demande du 6 avril 2016, au seul motif que les diagnostics que ces médecins y ont posés avaient été écartés dans l'arrêt du 28 septembre 2011 (cf. TFA I 649/00 du 8 février 2001 *a contrario*).

e) A toutes fins utiles, il convient de préciser que le diagnostic de troubles somatoformes douloureux avait été écarté par la Cour de céans – dans l'arrêt du 28 septembre 2011 –, compte tenu en particulier du fait que seul un diagnostic de dysthymie pouvait être posé, mais non de trouble dépressif majeur. Par conséquent, le fait qu'un tel diagnostic soit désormais plausible rend également plausible la pose d'un diagnostic de troubles somatoformes douloureux.

f) Les éléments médicaux établis dans le cadre de la demande de prestations du 6 avril 2016 contrastent donc avec les constatations faites au sein de la décision du 23 mars 2009, confirmée par l'arrêt du 28 septembre 2011, et rendent plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante, propre à influencer sa capacité de travail exigible. Vu ces éléments, l'intimé se devait, par sa décision du 18 janvier 2017, d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'intéressée du 6 avril 2016.

5. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la demande de prestations de la recourante du 6 avril 2016.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'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. 1^{bis} LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais judiciaires doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD ; art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

c) La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGa ; art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD)

En l'occurrence, il se justifie d'allouer à la recourante une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens, portée à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 18 janvier 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour qu'il entre en matière sur la demande de prestations du 6 avril 2016 de F._____.
- III. 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.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à F._____ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Philippe Nordmann (pour la recourante),
- 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 :