

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 12 mars 2018

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
MM. Neu et Métral, juges  
Greffière : Mme Pellaton

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Me Lucien Masméjan,  
avocat à Lausanne,

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)** S.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...] 1968, au bénéfice d'un certificat de capacité de couturière, a travaillé en dernier lieu en qualité de manutentionnaire (réception et tri des marchandises) de juin 2002 à décembre 2004 auprès du magasin [...], à Lausanne. Elle a par la suite bénéficié de l'assurance-chômage, puis de l'aide sociale depuis juillet 2006.

Le 20 novembre 2007, l'assurée 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) dans le sens d'une reconversion professionnelle. Elle a précisé souffrir de problèmes de dos qui l'empêchaient de porter des charges lourdes. Sur un formulaire de l'OAI du 8 décembre 2007, elle a indiqué que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 70 ou 80 % au maximum.

Dans un rapport médical du 3 avril 2008, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a retenu les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de « dorso-lombalgies chroniques récidivantes sur troubles statiques et dégénérative discret », de « douleur poly-articulaire d'origine indéterminée » et de « palpitations sur extrasystole et ventriculaire », ainsi que les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de sinusite chronique, d'amaurose fugace d'origine indéterminée en 2006 et de migraines. La patiente présentait plusieurs problèmes, à savoir des douleurs dorso-lombaires survenues depuis l'année 2000 environ suite à des efforts physiques durant le travail qu'elle effectuait alors. Ces douleurs avaient entraîné des blocages lombaires avec une immobilisation d'un mois environ. Depuis les douleurs étaient très variables, n'étaient pas soulagées par la physiothérapie, l'ostéopathie ou la chiropratique. L'assurée souffrait également de douleurs articulaires touchant les deux genoux et les coudes à prédominance nocturnes sans perte de force ni troubles sensitifs marqués. Un examen rhumatologique n'avait pas mis en évidence de maladie rhumatismale et un examen

neurologique s'était révélé normal. En 2006, elle avait présenté un épisode d'amaurose fugace de l'œil gauche d'origine indéterminée. Elle présentait en outre une douleur cervicale depuis de nombreuses années. Au status l'assurée était en bon état général, l'auscultation cardio-pulmonaire abdominale paraissait sans particularité. L'examen des articulations ne montrait pas d'œdèmes au niveau des genoux et des coudes, pas de troubles sensitifs ni moteurs. Au niveau ostéo-articulaire, le médecin notait entre autre une hypercyphose dorsale, l'absence de douleur au renversement latéraux ou entero-postérieur de la colonne. La mobilisation des articulations périphériques était sans douleur. Il n'y avait pas de tuméfaction, ni de signe de fibromyalgie.

Le Dr N.\_\_\_\_\_ précisait qu'il lui était impossible de déterminer la capacité de travail, dès lors que l'assurée bénéficiait de l'aide sociale depuis plusieurs mois. Il préconisait une expertise rhumatologique et un avis psychiatrique. L'activité habituelle n'était plus exigible. L'assurée pouvait exercer une activité évitant la mobilisation excessive de la colonne vertébrale, les mouvements en porte-à-faux et le port de charges. Elle ne pouvait garder la même position du corps pendant longtemps ou se baisser. Elle devait également éviter la position à genoux, l'inclinaison du buste, la position accroupie, le travail en hauteur ou sur une échelle. Elle devait éviter les horaires de travail irréguliers, de nuit ou le matin et les mouvements des membres ou dos n'étaient possibles qu'occasionnellement.

L'OAI a mis en œuvre une enquête économique sur le ménage. Dans le rapport du 3 décembre 2008, il a été relevé que le taux d'activité maximum de 80 % indiqué par l'assurée le 8 décembre 2007 prenait en compte l'atteinte à la santé. Sans atteinte à la santé, l'assurée aurait en réalité travaillé à 100 %. Le statut retenu était dès lors de 100 % active.

L'assurée a transmis à l'OAI plusieurs rapports médicaux, soit :

- Un rapport du 22 novembre 2005 du Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, lequel

retenait le diagnostic de sensation douloureuse mal systématisée au niveau des deux genoux et des deux coudes à prédominance nocturne avec mise en évidence de clonus à l'examen clinique avec hyper-réflexie et extension de la zone réflexogène ; le tableau ne correspondait pas à une entité nosologique rhumatologique, en effet, le Dr Q.\_\_\_\_\_ ne constatait pas de restriction fonctionnelle tant au niveau du rachis que des articulations périphériques, il n'y avait aucun signe d'arthrite ou de ténosynovite, les points de fibromyalgie étaient tous indolores ; l'examen neurologique semblait pathologique avec l'existence d'une très importante hyper-réflexie associée à des clonus au niveau des deux genoux, chez une patiente qui n'avait par ailleurs pas d'autres manifestations suspectes d'une maladie démyélinisante ou d'une compression médullaire ;

- un rapport du 9 juin 2008 du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie, consulté en raison de réactions allergiques (accès de toux) notamment aux mois d'avril et mai ;

- un rapport du 30 novembre 2005 du Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, dont les tests avaient pour la plupart donnés des résultats normaux et qui exprimait sa difficulté à classer les symptômes de l'assurée ;

- un rapport du 23 août 2006 du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, observant notamment la disparition complète de l'extrasystolie ventriculaire debout sur le treadmill avant l'effort et pendant tout le test d'effort ainsi que pendant la récupération, de même que l'absence de potentiels tardifs ventriculaires, contexte dans lequel il s'agissait de convaincre la patiente de bagatelliser l'importance de l'extrasystolie ventriculaire qu'elle présentait.

Par avis médical du 19 décembre 2008, le Dr F.\_\_\_\_\_ et la Dresse M.\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), ont estimé nécessaire la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire somatique et psychiatrique afin de déterminer les

diagnostics, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'assurée.

Le Dr N.\_\_\_\_\_ a rendu un nouveau rapport le 30 janvier 2009, retenant les mêmes diagnostics qu'auparavant. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'assurée. L'assurée ne pouvait pas exercer d'activités uniquement en position assise, debout ou principalement en marchant. Elle ne pouvait pas se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête, s'accroupir, se mettre à genou, soulever et porter, monter sur une échelle ou un échafaudage, monter les escaliers et effectuer des rotations en position assise ou debout. Ses capacités de concentration et de compréhension n'étaient pas limitées, au contraire de ses capacités d'adaptation et de résistance.

Les Drs W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont rendu un rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique le 4 février 2009. L'assurée ayant refusé de répondre aux questions de l'examen psychiatrique, les résultats de cette expertise n'étaient tirés que du volet rhumatologique. Les médecins ont retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de dorso-lombalgies chroniques M54.56 avec des troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis dorso-lombaire et un déconditionnement musculaire avancé aux dépens de la musculature posturale dorso-lombaire. Ils ont par ailleurs retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de discours algiques chronique à caractère invalidant avec présence de signes de non-organicité, de migraines et d'amaurose transitoire de l'œil gauche, sans mise en évidence de pathologie neurologique spécifique. Ils ont observé à l'occasion de l'appréciation du cas qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail médicalement attestée. Les diagnostics mis en avant par les différents médecins traitants étaient des dorso-lombalgies évoluant depuis 2000 à la suite d'un faux mouvement en charge, avec mise en évidence de troubles dégénératifs modérés au niveau du rachis dorso-lombaire associés à d'importants troubles statiques. L'examen clinique somatique au SMR mettait en évidence une assurée en excellent

état général, présentant un trouble statique sous la forme d'une accentuation de la cyphose physiologique, accompagné d'une hyperlordose compensatrice, dans un contexte de déconditionnement musculaire avancé. L'examen ostéo-articulaire ne mettait pas en évidence de limitations dans les amplitudes articulaires de façon nette. Les différentes limitations mises en évidence étaient d'origine volontaire, sur contractions musculaires dans un contexte algique. Il n'y avait pas de troubles neurologiques spécifiques à l'examen clinique. L'examen de médecine générale était sans particularité, hormis la mise en évidence de deux signes sur cinq de non-organicité selon Waddell et un signe sur deux selon Kummel en faveur d'un processus à caractère non-organique. La documentation radiologique mise à disposition mettait en évidence un trouble statique du rachis dorso-lombaire avec des troubles dégénératifs modérés aux dépens du rachis dorsal et lombaire dans un contexte de séquelles de maladie de Scheuermann. Toute sollicitation au niveau du rachis dorso-lombaire était à l'origine d'une symptomatologie algique avec phénomènes de blocages. L'exercice de l'activité habituelle était possible à 100 %, sans diminution de rendement. En ce qui concernait l'activité de manutentionnaire, elle pouvait être continuée pour autant que les charges à porter ne dépassent pas 5 kg de façon répétitive. Sur le plan psychiatrique, étant donné que le dossier de l'intéressée ne contenait aucun document médical attestant une atteinte à caractère incapacitant, que l'assurée n'avait jamais consulté de psychiatre et qu'elle n'avait aucune plainte psychiatrique ni traitement psychotrope, il n'y avait aucun motif de reprendre des investigations spécialisées. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 10 kg ; éviter les positions statiques assises au-delà de quarante minutes à une heure sans possibilité de varier les positions assise-debout, éviter les positions en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis, contre résistance ; pas de position statique debout immobile au-delà de dix à quinze minutes, éviter les activités debout statiques avec piétinement et limitation du périmètre de marche à une heure.

Dans un rapport médical du 27 février 2009, les Drs F. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_, du SMR, ont ainsi retenu une capacité entière de travail dans l'activité habituelle de couturière, ainsi que toute activité respectant les limitations fonctionnelles décrites dans le rapport d'examen précité.

Le 13 mars 2009, l'OAI a rendu un projet de décision niant le droit de l'assurée à des mesures d'ordre professionnel et à une rente. Il a par ailleurs informé l'intéressée de son droit à l'aide au placement. L'assurée a contesté le projet de décision le 29 mars 2009. L'OAI a confirmé son projet par décision du 22 avril 2009, laquelle est entrée en force à défaut de recours. Le mandat de placement a été fermé le 15 septembre 2009, d'entente avec l'assurée.

**b)** L'assurée a déposé une seconde demande de prestations le 1<sup>er</sup> février 2017, indiquant qu'elle souffrait d'une hernie discale depuis 2000, d'une fibromyalgie depuis 2006 et de migraines très prononcées. Son état de santé s'était selon elle largement dégradé.

L'assurée a été adressée par son médecin traitant au Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en mai 2016. Ce médecin a remis à l'OAI un rapport le 1<sup>er</sup> février 2017. Il retenait à titre de diagnostics avec influence sur la capacité de travail une fibromyalgie sous l'angle rhumatismal et un trouble mixte de la personnalité, décompensé par l'atteinte douloureuse (F61.0). En particulier, le Dr C. \_\_\_\_\_ ne constatait pas d'exagération, mais une banalisation et une sous-estimation du fonctionnement psychique peu compatible avec une réinsertion professionnelle. L'assurée était issue d'un milieu défavorisé et elle n'avait jamais été comprise dans son fonctionnement de type haut potentiel. Elle était hypersensible, mais avait le sens des responsabilités et avait su effectuer des tâches complexes. Elle s'était adaptée au contexte professionnel aussi longtemps qu'elle avait pu compter sur son corps, effectuant des tâches comportant souvent une composante physique. Son potentiel intellectuel n'avait pas été suffisamment reconnu et valorisé. Elle avait probablement supporté des tensions importantes. Elle n'avait jamais bénéficié d'un véritable étayage social, familial ou affectif. Lorsque son

corps venait à fléchir, elle n'arrivait plus à faire face. Selon le Dr C.\_\_\_\_\_, le fonctionnement haut potentiel non reconnu avait généré un trouble de la personnalité dans un contexte familial et affectif compliqué. Sous l'angle psychiatrique, la capacité de travail dans un emploi adapté était de l'ordre de 20 % sur la durée (trois demi-journées de trois heures par semaine). Cette capacité de travail limitée existait en tous les cas depuis que l'assurée avait consulté le Dr C.\_\_\_\_\_ le 26 mai 2016, mais probablement depuis un accident de voiture qu'elle avait eu fin 2014. Même si l'assurée incriminait uniquement la fibromyalgie, le trouble de la personnalité jouait un rôle important sous l'angle de la capacité d'adaptation et de ressources mobilisables.

Dans un rapport du 27 février 2017, le Dr N.\_\_\_\_\_ a exposé que, alors que l'assurée présentait des sensations douloureuses mal systématisées objectivées par le Dr Q.\_\_\_\_\_ en 2005, la situation s'était péjorée depuis 2014 avec des douleurs qui s'étaient progressivement étendues à toutes les articulations tant au niveau des membres supérieurs qu'au niveau des membres inférieurs sans état inflammatoire avéré. A ceci s'était associée une asthénie marquée au point que la patiente était incapable de se projeter dans l'avenir même dans le cadre d'une journée. Revue par le Dr Q.\_\_\_\_\_, ce dernier confirmait la suspicion du Dr N.\_\_\_\_\_ de fibromyalgie. Tous les traitements anti-inflammatoires ou antalgiques étaient relativement mal supportés et la patiente ne désirait pas de traitement antidépresseur. L'incapacité de travail était totale, une occupation de deux à trois heures par jour pouvait éventuellement être tentée. Le pronostic était défavorable vu l'atteinte douloureuse et les troubles de la personnalité.

Par avis médical du 11 avril 2017, les Dresses T.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_, du SMR, ont observé que l'expertise rhumatologique du 4 février 2009 retrouvait déjà des éléments en faveur d'une algie chronique à caractère invalidant avec présence de signe de non-organicité (fibromyalgie). Les éléments psychologiques en faveur du trouble de la personnalité étaient décrits en particulier lors de l'enquête ménagère du 3 décembre 2008 et avaient motivé la demande d'expertise psychiatrique

interrompue par l'assurée. Par ailleurs, sur le plan somatique, l'assurée, qui ne pouvait pas travailler plus de trois heures deux fois par semaine, possédait un chien qu'elle promenait quatre heures par jour. Selon le SMR, « les éléments fournis par l'assurée [n'étaient] pas en faveur d'une péjoration, ni d'élément nouveau depuis la décision AI [assurance-invalidité] de 2009 ».

Le 27 avril 2017, l'OAI a rendu un projet de décision dans le sens d'un refus d'entrer en matière, qu'il a confirmé par décision formelle le 6 juin 2017.

**B.** Par acte du 6 juin 2017, déposé auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 21 juin 2017, S.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée, concluant implicitement à son annulation et alléguant pour l'essentiel une péjoration de son état de santé.

La recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 12 juillet 2017, dans le sens d'une exonération d'avance et de frais judiciaires et de l'assistance d'office de Me Lucien Masméjan à compter du 27 juin 2017.

Par réponse du 28 août 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 6 octobre 2017, la recourante a confirmé sa position et produit deux documents. Le premier est un certificat médical du 23 août 2017 du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, lequel avait vu l'assurée les 19 juin et 22 août 2017 et exposait que l'anamnèse, les documents médicaux à disposition et l'examen clinique permettaient de retenir le diagnostic de fibromyalgie et de probable maladie D'ehlers Danlos de type hypermobile. Le second document est un certificat du 28 août 2017 de Z.\_\_\_\_\_, chiropraticien, qui traitait la recourante depuis le 12 janvier 1995. Ce médecin détaillait l'anamnèse des consultations jusqu'en 2006, puis constatait une

péjoration de l'état général de la recourante, avec des crises douloureuses aléatoires, le tout avec des crispations musculaires diffuses ainsi que des raideurs articulaires fluctuantes. L'état de la recourante était parfaitement en adéquation avec le diagnostic de fibromyalgie aigüe ou subaigüe. Le traitement préconisé était celui d'une activité modérée afin que cette maladie diminue d'elle-même. Cette attitude était pour l'instant un échec. Une reprise d'une activité rémunérée ou d'occupation était pour l'instant impossible.

L'intimé a confirmé sa position par duplique du 31 octobre 2017.

### **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 en l'occurrence 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 (cf. 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)** Dans un litige relatif à une nouvelle demande de prestations, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué. Il s'ensuit que les rapports médicaux établis ultérieurement au prononcé de la décision attaquée ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004).

**d)** 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. a)** En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par la recourante le 1<sup>er</sup> février 2017. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force du 22 avril 2009 et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité - et donc le droit aux prestations - 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 état de santé s'était modifié depuis le précédent refus de prestations, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 6 juin 2017 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 22 avril 2009. 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 justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Ainsi que l'a rappelé la jurisprudence (cf. supra considérant 3c), l'examen du juge doit se limiter au point de savoir si les pièces produites en procédure administrative impliquent l'instruction au fond de la nouvelle demande de prestations. Dès lors, la Cour de céans se doit d'écarter de la présente analyse les rapports médicaux du Dr J.\_\_\_\_\_ et de Z.\_\_\_\_\_ dont se prévaut la recourante et qu'elle a produits au stade de la procédure judiciaire.

**b)** L'OAI s'est fondé sur le rapport du SMR du 4 février 2009 pour rendre sa décision du 22 avril 2009. Selon les médecins du SMR, la recourante présentait des dorso-lombalgies chroniques avec des troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis dorso-lombaire et un déconditionnement musculaire avancé aux dépens de la musculature posturale dorso-lombaire, atteintes qui entraînaient des limitations fonctionnelles. Ils ont par ailleurs retenu les diagnostics sans répercussion

sur la capacité de travail de discours algiques chronique à caractère invalidant avec présence de signes de non-organicité, de migraines accompagnées et d'amaurose transitoire de l'œil gauche, sans mise en évidence de pathologie neurologique spécifique. Ils ont observé l'absence de signes de non-organicité selon Smythe en faveur d'une fibromyalgie et la présence de deux signes selon Waddell et un signe selon Kummel en faveur d'un processus à caractère non-organique. Les médecins n'ont pas retenu le diagnostic de fibromyalgie. Le Dr N. \_\_\_\_\_ ne l'avait pas non plus retenu dans son rapport du 3 avril 2008. Les points de fibromyalgie étaient tous indolores selon le Dr Q. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 22 novembre 2005. Sur le plan psychiatrique, un examen par le SMR n'a pas pu être mené à bien et les médecins concernés ont expressément précisé que leur appréciation ne se fondait que sur le volet somatique. En l'absence de tout élément au dossier sur le plan psychiatrique, des investigations spécialisées ne se justifiaient pas selon eux. Les médecins traitants de la recourante ne mentionnaient enfin pas d'atteinte psychiatrique éventuelle.

A l'appui de sa nouvelle demande de prestations, la recourante se prévaut du rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ retenant le diagnostic de trouble mixte de la personnalité, pathologie qui justifie selon lui une incapacité de travail de près de 80 %, rendant ainsi plausible une aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée. L'intimé tire argument de la connaissance de longue date, plus particulièrement depuis le rapport d'enquête économique sur le ménage du 3 décembre 2008, d'éléments psychologiques. L'enquêtrice de l'intimé avait ainsi relevé ce qui suit :

« besoin d'exprimer sa révolte, se sent incomprise et non reconnue par le système social, résistance au stress limitée, angoisse, intolérance au bruit, à la lumière, au monde, sentiment d'étouffer dans les lieux fermés ».

La Cour de céans retient toutefois que les observations en question ont été réalisées dans un cadre non médical et trouvent leur source dans les propos de la recourante. L'intimé ne saurait dès lors se

fonder sur cette enquête pour affirmer que les éléments psychiques du tableau clinique que présente la recourante étaient déjà connus en 2009.

Sur le plan somatique, la recourante a également rendu plausible l'existence d'une fibromyalgie, qui avait été exclue lors de sa première demande de prestations. En effet, ce diagnostic a été retenu par le Dr N.\_\_\_\_\_, alors qu'il ne l'était pas à l'époque de la première demande de prestations, ce praticien considérant que l'exercice d'une activité adaptée était possible. Dans son courrier du 27 février 2017, le Dr N.\_\_\_\_\_ a conclu que l'incapacité de travail de sa patiente était presque totale en raison du fait que les douleurs s'étaient étendues à toutes les articulations et étaient accompagnées d'une asthénie marquée. Le diagnostic de fibromyalgie a également été évoqué par le Dr C.\_\_\_\_\_, qui fait état de suffisamment d'éléments pour rendre plausible la nécessité d'une investigation sur ce plan. On relèvera également que selon les indications du Dr N.\_\_\_\_\_, le Dr Q.\_\_\_\_\_ avait revu la recourante et confirmé la suspicion de l'existence d'une fibromyalgie. L'intimé soutient que l'expertise rhumatologique du 4 février 2009 retrouvait déjà des éléments en faveur d'une algie chronique à caractère invalidant avec présence de signe de non-organicité, de sorte qu'il ne s'agissait pas d'un élément nouveau. Le diagnostic de fibromyalgie n'avait toutefois pas été retenu à l'époque de la première décision par les médecins traitants, alors qu'il l'a été à l'occasion de la seconde demande, et ce sur la base d'un certains nombres d'éléments décrits par ces médecins en question.

**c)** Au vu de ce qui précède, il s'avère que les éléments médicaux avancés par la recourante rendent plausible une modification de son état de santé tant sur le plan psychique que somatique depuis la dernière décision de refus de prestations du 22 avril 2009 et se rapportant aux examens cliniques effectués par le SMR en février 2009. L'appréciation de l'état de santé de l'intéressée et de sa capacité de travail y figurant ne concorde plus avec les indications ressortant des documents médicaux produits à l'appui de la dernière demande de prestations du 1<sup>er</sup> février 2017. Ainsi, le SMR ne pouvait conclure à

l'absence de péjoration ou d'élément nouveau depuis la décision de l'OAI de 2009, sans procéder à un minimum d'investigations sur le fond, ce dont il s'est abstenu. A ce stade, il n'appartient toutefois pas à la Cour de céans d'ordonner la forme que doit prendre cette instruction, mais uniquement à l'intimé d'entrer en matière sur la demande de prestations déposées le 1<sup>er</sup> février 2017. En conséquence, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il entre en matière sur cette demande de prestations puis, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), mette en œuvre les mesures d'instruction idoines aux fins d'éclaircir les questions faisant l'objet du considérant 4b ci-dessus. Concrètement, il s'agira de déterminer les atteintes à la santé de la recourante et leurs répercussions en termes d'incapacité de travail.

**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 6 juin 2017 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 1<sup>er</sup> février 2017 et procède à son instruction.

**6. a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (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 (art. 69 al. 1bis LAI ; 49 al. 1 LPA-VD).

**b)** Obtenant gain de cause sur le fond, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD) qui couvrent le montant de l'indemnité à laquelle le conseil de la recourante pourrait prétendre dans le cadre de son mandat d'office.

**c)** Me Lucien Masméjan, conseil de la recourante, a produit le 2 février 2018 la liste de ses opérations complètes, totalisant 33.6 heures de travail (33.1 heures réalisées par Me Emilie Aubert et 0.5 par un avocat-stagiaire). Cela étant, l'indemnité d'office - respectivement l'indemnité de dépens - ne sauraient être allouées dans leur totalité pour les motifs qui suivent. Ainsi, la procédure portait sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 1<sup>er</sup> février 2017. L'activité accomplie par le conseil de la recourante du 20 juillet 2017 au 2 février 2018 a principalement porté d'une part, sur l'examen du dossier constitué de 63 documents et de quelques annexes, du dossier constitué par la recourante, du recours rédigé par l'intéressée elle-même (2 pages), d'une réponse de 2 pages et d'une duplique de 2 pages, et d'autre part, sur la rédaction d'une demande de prolongation de délai du 15 septembre 2017, de la réplique du 6 octobre 2017 (15 pages, dont 5 relatives à l'argumentation), ainsi que d'un courrier du 2 février 2018 avec en annexe le dépôt de la liste des opérations. Cette affaire ne présentait ainsi aucune difficulté juridique et portait uniquement sur des questions de faits (examen limité à la question de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient au non la reprise de l'instruction par l'intimé, respectivement permettaient d'admettre ou non une entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations). Dès lors, il n'était pas nécessaire de solliciter de nouveaux documents médicaux, si bien que les opérations y relatives effectuées doivent être écartées, alors que l'activité liée aux recherches juridiques (8.1 heures) et à la rédaction de documents à la Cour de céans (18.3 heures) doit être réduite. Finalement, au vu des éléments précités et compte tenu du fait que la procédure n'a pas été d'une longue durée, l'activité déployée doit être évaluée à 20 heures en lieu et place de 33.6 heures. Par conséquent, une indemnité de dépens de 3'950 fr., TVA et débours compris, paraît adéquate, compte tenu du travail qui aurait été nécessaire pour contester uniquement le refus d'entrer en matière de l'intimé. Cette indemnité couvre intégralement celle à laquelle pourrait prétendre Me Masméjan pour les opérations nécessaires à la défense des intérêts de la recourante, dans le cadre de son mandat d'office.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 6 juin 2017 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 afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée par S. \_\_\_\_\_ le 1<sup>er</sup> février 2017.
- 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. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à S. \_\_\_\_\_ une indemnité de dépens de 3'950 fr. (trois mille neuf cent cinquante francs).

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Lucien Masméjan, avocat (pour S. \_\_\_\_\_),
- 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 :