

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 avril 2018

Composition : Mme PASCHE, présidente
MM. Bidiville et Küng, assesseurs
Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 87 RAI

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante suisse née en 1965, est mariée et mère de trois enfants désormais adultes. Elle est titulaire d'un diplôme d'assistante dentaire, mais a également exercé des activités de vendeuse, notamment dans la [...] exploitée par son conjoint et au sein d'un magasin de perles et bijoux.

B. Atteinte dans sa santé, elle a formulé une première requête de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en date du 30 septembre 2005.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli les rapports des médecins traitants de l'assurée, les Drs C._____, spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive et chirurgie de la main, et D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le Dr C._____ a mentionné les diagnostics d'une « fibromyalgie », d'une « laxité ligamentaire aux deux poignets » et d'un « cubitus minus bilatéral » (cf. rapport du 23 novembre 2005). Quant à la Dresse D._____, elle a diagnostiqué un « état dépressif chronique depuis l'âge de 20 ans », un « syndrome de déficit d'attention dans l'enfance », une « pathologie des tendons et ligaments » et une « fibromyalgie depuis 1992 ». Elle préconisait un arrêt total de travail (cf. rapport du 3 décembre 2005).

Compte tenu de ces éléments, l'OAI, sur recommandation du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a confié un mandat d'expertise pluridisciplinaire à la Clinique F._____ selon communication du 3 avril 2006.

Au terme d'examens psychiatrique et rhumatologique, la Clinique F._____ a rendu son rapport le 11 décembre 2006. Les experts n'ont retenu aucun diagnostic susceptible de se répercuter sur la capacité

de travail de l'assurée. En revanche, étaient mentionnés au titre de diagnostics sans incidence sur dite capacité une « fibromyalgie », un « syndrome douloureux somatoforme persistant », des « troubles dégénératifs cervico-radiologiques (ébauche d'uncarthrose C3-C4 bilatérale, C5-C6 gauche, discopathie modérée en C4-C5 et C5-C6) sans traduction clinique » et un « status post intervention pour cubitus minus bilatéral (à gauche en 2002 ; à droite en 2003) ». Les experts précisaient sur le plan ostéo-articulaire que l'examen du rachis était globalement « sans particularité », alors que le status neurologique s'avérait « entièrement normal ». Du point de vue psychiatrique, l'assurée était « euthymique » avec un bilan neurocognitif « satisfaisant ». Des traits de personnalité histrionique pouvaient expliquer une « certaine labilité de l'humeur directement réactionnelle aux éléments de vie ». Le syndrome douloureux somatoforme persistant ne revêtait pas les critères de gravité déterminants en vertu de la jurisprudence fédérale, notamment en l'absence de comorbidité psychiatrique dans le cas d'une assurée ayant conservé un bon entourage social et une activité professionnelle à temps partiel.

Fondé sur cette analyse, l'OAI a établi un projet de décision le 6 février 2007, communiquant à l'assurée son intention de lui nier tout droit à des prestations AI en l'absence d'atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité.

En dépit des objections formulées le 15 février 2007 par l'assurée à l'encontre dudit projet, l'OAI a rendu une décision de refus de prestations AI le 5 juin 2007.

C. Saisi d'un recours du 4 juillet 2007 contre cette décision, le Tribunal des assurances du canton de Vaud l'a rejeté par arrêt du 15 novembre 2007 en la cause AI 255/07 - 260/2007. Le Tribunal a fait siennes les conclusions des experts de la Clinique F._____ et considéré que la fibromyalgie et le syndrome douloureux somatoforme persistant ne se manifestaient pas avec une sévérité de nature à entraîner objectivement une incapacité de travail. Les critères posés par la

jurisprudence fédérale pour reconnaître une atteinte à la santé invalidante n'étaient pas réalisés en l'espèce.

Cet arrêt est entré en force, faute de recours subséquent interjeté par l'assurée.

D. En date du 5 septembre 2012, l'assurée a déposé une seconde demande de prestations AI auprès de l'OAI, faisant état d'une « fibromyalgie » et d'une « dépression nerveuse » sous suite d'incapacité totale de travail dès le 23 mars 2012.

L'OAI n'a pas accusé réception de cette demande, laquelle est restée sans suite.

E. L'assurée a contacté téléphoniquement l'OAI le 31 août 2016, annonçant une aggravation de son état de santé depuis la décision de refus de prestations du 5 juin 2007. Elle a été invitée à compléter un nouveau formulaire de demande de prestations AI qu'elle a retourné à l'OAI le 9 septembre 2016. Elle a indiqué souffrir de « dépression depuis l'âge de 11 ans, premier traitement à 20 ans, [et de] fibromyalgie depuis l'âge de 16 ans ».

Par courrier du 14 septembre 2016, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il lui appartenait de rendre plausible l'aggravation de son état de santé par la production de rapports médicaux détaillés.

L'assurée a fait parvenir un rapport de son médecin généraliste traitant, le Dr K._____, daté du 14 novembre 2016. Ce praticien a relaté les diagnostics de « lésion de la coiffe des rotateurs épaule droite (50% déchirure sus-épineux) », « discarthrose cervicale avec ostéophytose (C4-C6) », « multiples lésions neurologiques post-opératoires (décompression nerf radial 2008, cure épicondylite droite, status post réparation tendon extenseur du bras droit) avec lésion neurologique et paresthésie persistant post opérations », « fibromyalgie » et « état anxio-

dépressif chronique ». Sa patiente était en incapacité totale de travail depuis plusieurs mois.

Etaient annexés des rapports établis au sein du Centre hospitalier L._____ et de la Clinique P._____, à savoir :

- un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) de la Clinique P._____ du 21 janvier 2016, concluant à une « tendinopathie du tendon supra-épineux avec déchirure d'une profondeur de 50% du versant bursial accompagnée d'une discrète bursite sous-acromio-deltoïdienne », des « petites calcifications à l'insertion du tendon infra-épineux » et une « tendinopathie du tendon du long chef du biceps à la hauteur de la poulie » ;
- un rapport du 18 juillet 2016 du Dr M._____, chef de clinique au sein du Département N._____ du Centre hospitalier L._____, lequel a retenu des « cervico-brachialgies droites chroniques d'origine multifactorielle, avec troubles statiques et dégénératifs de la colonne cervicale, scoliose dextro-convexe cervicale, tendinopathie de la coiffe des rotateurs à droite, status post multiples opérations du membre supérieur droit et déconditionnement physique sous forme de dysbalances musculaires » ;
- un rapport du 1^{er} septembre 2016 du Prof. R._____, médecin adjoint au Département W._____ du Centre hospitalier L._____, lequel a conclu à un examen électroneuromyographique normal ;
- un rapport du 26 septembre 2016 du Dr M._____, mentionnant une possible hospitalisation de l'assurée en vue de lui donner « une meilleure confiance en ses capacités fonctionnelles » ;
- un rapport du 25 octobre 2016 du Dr T._____, chef de service au sein du Département X._____ du Centre hospitalier L._____, relatant l'absence de lithiase

vésiculaire malgré des douleurs de l'hypochondre droit annoncées par l'assurée.

L'OAI a soumis ces documents au SMR, lequel a rendu son avis en date du 12 avril 2017, sous la plume du Dr S._____. Ce dernier a considéré que l'état de santé de l'assurée était stable en comparaison avec la situation décrite par la Clinique F._____ en 2006.

Dès lors, par projet de décision du 18 avril 2017, l'OAI a annoncé à l'assurée qu'il envisageait de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations AI.

L'assurée s'est opposée à ce projet par écriture du 21 mai 2017, se prévalant d'une hospitalisation en avril 2017 au sein du Département N._____ du Centre hospitalier L._____.

Le 29 mai 2017, l'OAI a rendu une décision de refus d'entrer en matière, reprenant les termes de son projet de décision mentionné ci-avant.

L'assurée a adressé à l'OAI un tirage du rapport établi le 18 mai 2017 à l'issue de son séjour au sein du Département N._____ du Centre hospitalier L._____, ainsi qu'un rapport complémentaire du 20 juin 2017 du Dr K._____.

F. L'assurée a déféré la décision de l'OAI du 29 mai 2017 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 29 juin 2017, concluant implicitement à l'entrée en matière de l'OAI sur sa nouvelle demande de prestations. Elle a en substance fait valoir l'aggravation de son état dépressif et son incapacité totale de travailler, laquelle ressortait à son avis du rapport rédigé le 18 mai 2017 suite à son hospitalisation au Centre hospitalier L._____. Elle a également produit le rapport de son médecin traitant du 20 juin 2017.

L'OAI a répondu au recours le 25 septembre 2017, en proposant le rejet. Il s'est notamment référé à un nouvel avis du SMR du 13 septembre 2017, lequel confirmait que les constatations médicales objectives demeuraient stables depuis l'expertise réalisée par la Clinique F._____.

Par réplique du 2 octobre 2017, l'assurée a maintenu ses conclusions, exposant par le détail les conséquences importantes des douleurs dont elle était victime au quotidien.

Elle a réitéré ses explications à l'attention de la Cour de céans en date du 10 octobre 2017 et relaté les souffrances engendrées de longue date par la fibromyalgie et la dépression.

L'OAI a également persisté dans ses conclusions par écritures des 24 et 26 octobre 2017.

E n d r o i t :

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

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 29 juin 2017 contre la décision de l'OAI du 29 mai 2017 a été interjeté en temps utile. Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

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

b) Est exclusivement litigieux in casu le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la seconde demande de prestations présentée par la recourante, au motif cette dernière n'a pas rendu plausible une modification de son état de santé susceptible d'influer sur ses droits à des prestations AI depuis la décision du 5 juin 2007.

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

En vertu de l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012] ; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance ou l'étendue du

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

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

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

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté

recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF [Tribunal fédéral] 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2 ; 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2 ; 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2).

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

Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 ; art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{er} janvier 2003) – qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 2 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (art. 5 al. 3 et 9 Cst [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; ATF 124 II 265 consid. 4a).

Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 ; 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3).

Dans un litige relatif à une nouvelle demande de prestations, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 précité ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2).

d) On ajoutera que la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5).

4. En l'espèce, la date du 5 juin 2007 constitue la date déterminante à laquelle il y a lieu de comparer les éléments versés à l'appui de la nouvelle demande de prestations du 9 septembre 2016. Le 5 juin 2007 correspond en effet à la précédente décision de refus de prestations, pour laquelle l'intimé a procédé à un examen matériel des droits de la recourante et qui a au demeurant été confirmée par arrêt du Tribunal des assurances du canton de Vaud. Dans ce contexte, l'examen de la Cour de céans 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.

5. **a)** Dans le cadre de l'instruction de la première requête de prestations AI déposée par la recourante, celle-ci a fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire réalisée au sein de la Clinique F._____. Les diagnostics retenus étaient les suivants :

- fibromyalgie ;
- syndrome douloureux somatoforme persistant ;
- troubles dégénératifs cervico-radiologiques ;
- status post intervention pour cubitus minus bilatéral.

A l'issue de leur consilium, les experts ont conclu leur appréciation du cas comme suit :

« [...] Au vu de l'anamnèse (douleurs musculo-squelettiques diffuses, sommeil de mauvaise qualité et fatigue) et de l'examen clinique (trigger points positifs à 14/18), en l'absence de toute autre étiologie organique significative, les experts ont retenu le diagnostic de fibromyalgie primaire et idiopathique, dans le contexte d'une hyperlaxité ligamentaire.

Au niveau psychiatrique, on relève un syndrome douloureux somatoforme persistant mais non invalidant selon la jurisprudence actuelle, associé à des traits de personnalité histrionique, permettant d'expliquer l'ampleur subjective de la symptomatologie douloureuse diffuse de l'assurée.

Après consilium, les experts en arrivent à la conclusion qu'actuellement la capacité de travail de l'assurée peut être estimée à 100%, sans diminution de rendement dans son dernier emploi de vendeuse de perles et de bijoux.

Sur le plan musculo-squelettique, il n'y a pas d'argument pour une incapacité de travail, particulièrement dans l'activité de vendeuse de petites perles et bijoux. Dans une activité physique plus lourde, on pourrait admettre qu'il y ait une limitation concernant le port des charges, qui ne devraient pas être supérieures à 5-10 kilos (cf. status post intervention au niveau des poignets des deux côtés).

Sur le plan psychique, il n'y a pas de réelle incapacité de travail à retenir, aucun diagnostic n'étant invalidant. [...] »

b) A l'appui de sa seconde requête de prestations, la recourante s'est prévaluée des rapports de son médecin traitant, ainsi que des spécialistes ayant assumé sa prise en charge au sein du Centre hospitalier L._____.

Le Dr K._____ a pour sa part indiqué ce qui suit dans son rapport à l'OAI du 14 novembre 2016 :

« Patiente qui présente depuis de nombreuses années une fibromyalgie avec les conséquences que l'on connaît bien à ce jour sur la fatigue, les douleurs et l'état psychique.

Sur ce tableau de fond, se sont greffés progressivement des troubles neuropathiques du membre supérieur droit et pré- et post-opératoires avec des phénomènes hyperalgiques actuellement.

En plus, la patiente présente une lésion de 50% de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et une arthrose cervicale de C4 à C6.

L'ensemble de ces problématiques entraînent des douleurs mixtes (orthopédiques et neuropathiques sévères) de la nuque et du bras droit principalement. Ces douleurs se rajoutent aux douleurs, à la fatigue et à l'état psychique de la patiente fibromyalgique ».

Ce praticien a confirmé ces éléments dans son rapport subséquent du 20 juin 2017, où il a ajouté que la situation s'aggravait « progressivement depuis 2015 et malheureusement en raison de l'échec des traitements appliqués, la fibromyalgie et l'état dépressif [étaient] en forte péjoration depuis fin 2016 ».

Sur le plan rhumatologique, le Dr M._____ a fait part de ses observations et de son appréciation en ces termes en date du 18 juillet 2016 :

« [...] Sur le compte-rendu l'IRM cervicale montre une faible uncarthrose C4/C5, C5/C6 et une disarthrose C5/C6 avec ostéophytose antérieure. Ostéophytes qui sont déjà visibles sur les radiographies de la colonne cervicale du 13.12.2013 où il y a en plus une inversion de la lordose physiologique. Les foramens sont complètement libres sur les clichés obliques. Je note sur le cliché de face une attitude scoliotique.

J'ai à ma disposition une IRM de l'épaule gauche de 2013 qui est à mon avis sans particularité.

Les clichés dynamiques de la colonne cervicale du 27.03.2015 ne montrent pas une instabilité.

Le compte-rendu de l'IRM de l'épaule droite du 21.01.2016 parle en faveur d'une tendinopathie de la coiffe principalement du supra-épineux.

[...]

On se trouve face à une patiente douloureuse chronique avec au premier plan des cervico-brachialgies diffuses d'origine multifactorielle avec une perception d'un handicap important dans la vie quotidienne, des facteurs de stress actuels et anamnestiques et présence de signes qui orientent vers un syndrome douloureux chronique (troubles mnésiques et de concentration déclarés).

L'examen clinique est rassurant et je partage aussi l'avis qu'une indication opératoire ne se pose pas, ni au niveau cervical, ni au niveau de l'épaule. [...] »

Le Dr M._____ a par ailleurs relevé « l'absence de signe d'arthrite » au niveau des mains et finalement opté pour des thérapies intensives en vue de donner à la recourante « une meilleure confiance en ses capacités fonctionnelles », ce après la réalisation d'un électroneuromyogramme qualifié de « normal » par le Prof. R._____ (cf. rapports de ces spécialistes des 1^{er} septembre 2016 et 26 septembre 2016).

Singulièrement, le Prof. R._____ a communiqué les conclusions suivantes le 1^{er} septembre 2016 :

« Les conductions nerveuses ne mettent pas en évidence de syndrome du canal carpien, ni de neuropathie radiale. Le bilan électromyographique ne met pas en évidence de signe de dénervation ou d'atteinte neurogène chronique (réinnervation) dans le territoire C6. »

En parallèle, en raison de douleurs importantes de l'hypochondre droit consécutives à une rétention fécale, la recourante a fait l'objet d'investigations par le Département X._____ du Centre hospitalier L._____, où le Dr T._____ a conclu à l'absence de lithiase vésiculaire, tout en préconisant une prise en charge spécialisée des troubles fonctionnels du transit (cf. rapport de ce spécialiste du 25 octobre 2016).

Enfin, à l'issue du séjour de la recourante en vue de réhabilitation fonctionnelle au sein du Centre hospitalier L._____, le Dr M._____ a rédigé un rapport le 18 mai 2017 dans lequel il a fait part des conclusions suivantes :

« [...] L'évolution est à considérer comme stationnaire. Subjectivement, la patiente est satisfaite de la prise en charge qui lui a permis de pratiquer des activités qu'elle n'avait pas faites depuis un certain temps. [...] Un programme d'exercices à domicile lui a été enseigné. La patiente a été encouragée de retrouver une activité physique qui lui plaît et qui lui permet un reconditionnement global.
[...] Sur le plan professionnel, en tenant compte de la chronicité de la situation ainsi que de sa complexité du point de vue bio-psycho-social, les chances d'une réinsertion professionnelle pour [l'assurée] sont très faibles. Une reprise d'une activité dans un poste adapté qui n'implique pas de port de charge, permettant une alternance de positions, dans un environnement déstressant pourrait être envisagée peut-être dans un but thérapeutique. [...] »

c) Compte tenu des pièces précitées, on ne peut que se rallier à l'appréciation du Dr S._____ du SMR, telle que communiquée dans ses avis des 12 avril 2017 et 13 septembre 2017.

Sur le plan psychique, les troubles allégués par le Dr K._____ étaient déjà présents lors de l'examen de la Clinique F._____ en 2006, tandis qu'une aggravation de la situation à cet égard n'apparaît

aucunement documentée actuellement, la recourante n'étant du reste plus prise en charge par un psychiatre.

Du point de vue somatique, les troubles dégénératifs cervicaux dont est affectée la recourante étaient également connus à la date de la décision de refus de prestations AI du 5 juin 2007. A cet égard, quoi qu'en dise la recourante, on n'observe pas d'aggravation substantielle de cette problématique en l'absence notamment d'indication opératoire et d'instabilité, ainsi qu'au vu d'un électroneuromyogramme considéré comme normal (cf. rapports du Dr M. _____ du 18 juillet 2016 et du Prof. R. _____ du 1^{er} septembre 2016 susmentionnés).

On ajoutera qu'aucune pathologie n'a été découverte au niveau des mains ou de la vésicule (cf. rapports des Drs M. _____ et T. _____ des 26 septembre 2016 et 25 octobre 2016 cités ci-avant).

Seule la tendinopathie de l'épaule droite s'avère réellement nouvelle dans la situation de la recourante. Cela étant, de l'avis du Dr M. _____, l'examen clinique est rassurant, ce praticien considérant que cette problématique ne justifie pas d'intervention chirurgicale (cf. notamment : rapport de ce spécialiste du 18 juillet 2016).

d) On ne peut davantage retenir une péjoration plausible de l'état de santé de la recourante aux termes du rapport établi le 18 mai 2017 à l'issue de son hospitalisation en vue de restauration fonctionnelle. Ce document relate certes la chronicité de la situation de la recourante, sans toutefois mettre en exergue d'éléments objectifs justifiant une incapacité de travail. Le Dr M. _____ insiste en effet sur les bienfaits d'une activité physique et sur la reprise possible d'une activité lucrative à but thérapeutique, relevant toutefois que la complexité du cas du point de vue bio-psychosocial rend les probabilités de réinsertion faibles.

Or, la jurisprudence fédérale a souligné que la médecine actuelle repose sur une conception bio-psychosociale de la maladie (qui ne considère pas cette dernière comme un phénomène exclusivement

biologique ou physique mais comme le résultat de l'interaction entre des symptômes somatiques et psychiques ainsi que l'environnement social du patient). Le droit des assurances sociales – en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité – s'en tient en revanche à une conception biomédicale de la maladie, dont sont exclus les facteurs psychosociaux et socioculturels (voir ATF 127 V 294 consid. 5a). Le droit n'ignore nullement l'importance récente de ce modèle bio-psychosocial dans l'approche thérapeutique de la maladie. Dans la mesure où il en va de l'évaluation de l'exigibilité d'une activité professionnelle, il y a néanmoins lieu de s'éloigner d'une appréciation médicale qui nierait une telle exigibilité lorsque celle-ci se fonde avant tout sur des facteurs psychosociaux ou socioculturels, qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (cf. TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.1 et références citées).

Vu cette jurisprudence, les difficultés de réinsertion de la recourante, telles qu'envisagées par le Dr M. _____ sur le plan bio-psychosocial, ne sauraient entrer en ligne de compte pour rendre vraisemblable une péjoration de son état de santé.

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

6. En conséquence, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure

(art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 29 mai 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié par l'envoi de photocopies à :

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

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :