

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 31 janvier 2018

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mme Dormond Béguelin et M. Gutmann, assesseurs  
Greffière : Mme Raetz

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Adrienne Favre, avocate  
à Lausanne,

et

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

---

**Art. 29 al. 2 Cst. ; 6 ss LPGA ; 87 RAI.**

**E n f a i t :**

**A.** C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mère d'un enfant né en 2001, sans formation professionnelle, a déposé le 21 janvier 2013 une première demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant être femme au foyer. Elle a précisé être atteinte d'une maladie génétique au niveau des yeux existant depuis sa naissance et être suivie de ce fait par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en ophtalmologie.

Dans un rapport à l'OAI du 5 février 2013, le Dr J.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail de stries angioïdes, déjà retenu lorsque la patiente résidait en [...] et qu'il a confirmé lorsqu'il l'avait examinée pour la première fois le 6 août 1999. Il a posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de pseudoxantome élastique existant depuis 2011. Il a exposé que l'acuité visuelle était actuellement conservée, de sorte qu'il ne devrait pas y avoir de diminution du rendement professionnel. Quant aux limitations fonctionnelles, les activités nécessitant une force physique importante étaient à éviter. La patiente ne pouvait pas non plus effectuer celles requérant de se pencher, de soulever ou porter plus de 5 à 10 kg et de monter sur une échelle. Le Dr J.\_\_\_\_\_ a joint à son envoi un rapport du 20 septembre 2011 de la Dresse X.\_\_\_\_\_, ophtalmologue à l'Hôpital Q.\_\_\_\_\_, retenant le diagnostic de matériel vitelliforme bilatéral extrafovolaire sur stries angioïdes, et préconisant une surveillance régulière au cabinet du Dr J.\_\_\_\_\_ à raison de deux à trois consultations par an.

Interrogée sur le taux d'activité qui serait le sien sans atteinte à la santé, l'assurée a indiqué le 5 février 2013 à l'OAI qu'elle travaillerait à 50 % depuis février 2009 en tant que femme de ménage, ceci par nécessité financière.

Dans un rapport du 18 février 2013, le Dr G.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a constaté que le Dr J.\_\_\_\_\_ avait mentionné un pseudoxanthome élastique et des stries angioïdes présentes depuis 1999 au moins, avec une acuité visuelle actuellement conservée, ce qui n'entraînait pas de baisse de rendement, l'ophtalmologue ayant toutefois relevé que les efforts physiques importants devaient être évités. Le Dr G.\_\_\_\_\_ a conclu que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité. Dans une activité adaptée, soit sans effort physique important, sa capacité de travail était totale. La tenue du ménage ne devrait pas être concernée par les atteintes décrites par le Dr J.\_\_\_\_\_.

Par projet du 22 février 2013, confirmé par décision du 19 avril 2013, l'OAI a refusé l'octroi de prestations à l'assurée, au motif que les affections dont elle souffrait n'occasionnaient pas d'incapacité de travail et n'étaient dès lors pas invalidantes au sens de l'AI. Il a précisé qu'elle devrait toutefois éviter d'effectuer des efforts physiques importants. Cette décision est entrée en force.

**B.** Le 7 novembre 2016, le Centre social régional de [...] a adressé un formulaire de détection précoce à l'OAI, en y mentionnant que l'intéressée, femme de ménage à raison de 16 h par mois depuis le 1<sup>er</sup> février 2016, présentait des stries angioïdes et que les efforts professionnels lui étaient déconseillés.

A la suite de cet envoi, l'OAI a invité l'assurée par courrier du 14 novembre 2016 à rendre plausible que sa situation s'était modifiée de manière à influencer ses droits.

Le 29 novembre 2016, l'intéressée a expliqué qu'elle s'était séparée de son mari en février 2016. Depuis, elle n'avait travaillé que quelques heures en tant que femme de ménage et ne pouvait en effectuer d'avantage, car elle devait éviter les efforts. Elle a joint un rapport du 25 novembre 2016 du Dr M.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, exposant que la patiente était connue pour un pseudoxanthome élastique avec

matériel bilatéral extrafovolaire et stries angioïdes. Il s'agissait d'une maladie avec des répercussions principalement aux niveaux cutané, cardiologique et ophtalmologique. Cette pathologie contre-indiquait le port de charges et les professions pouvant occasionner d'avoir régulièrement la tête penchée vers le bas, comme celle de femme de ménage, étaient à éviter.

Le 20 décembre 2016, l'assurée a formellement déposé une nouvelle demande de prestations AI, en renvoyant au « rapport médical du 29.11.2016 ».

Par projet de décision du 12 janvier 2017, l'OAI a informé l'assurée de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande. Il a expliqué qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

Le 1<sup>er</sup> février 2017, l'intéressée a contesté ce projet en soutenant que son état de santé s'était aggravé depuis la décision du 19 avril 2013 de l'OAI. Le 27 janvier 2017, elle s'était rendue en urgence chez son ophtalmologue, car en ayant déplacé une petite table dans le cadre de son activité de femme de ménage, sa vue s'était largement dégradée. Le médecin lui avait confirmé qu'il y avait une aggravation. L'assurée a ajouté qu'elle ne pouvait pas porter de charges lourdes, ce qui était incompatible avec son emploi. Elle a reproché à l'OAI de n'avoir sollicité aucun rapport de ses médecins.

Le 8 février 2017, l'intéressée a adressé à l'OAI un rapport du 7 février 2017 de la Dresse K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à la teneur suivante :

« Diagnostic

Etat de stress post-traumatique F43.1, chez une patiente ayant souffert d'épisodes dépressifs récurrents avec symptômes somatiques F33.1. Pseudoxanthome élastique ayant des répercussions au niveau de l'œil et de ses annexes H00.

Aggravation de son état de santé

La patiente a présenté un épisode dépressif en 2008, puis un état de stress post-traumatique en 2009. Evolution favorable en quelques mois.

Février 2016 : nouvel état de stress aigu, suite à l'abandon brutal, sans signes avant-coureurs, du foyer familial de la part de son mari. Après une période de confusion, développement d'un état anxio-dépressif avec troubles somatiques, dans un contexte d'angoisse et de stress extrêmes, liés aussi à sa maladie de base, avec diminution de la vue à l'œil gauche. L'évolution est plus lente, la patiente reste pour le moment en état de fragilité, et sa capacité de travail en est diminuée.

Incapacité de travail  
40 % pour des raisons psychiatriques.

#### Pronostic

Favorable, tenant compte que l'état dépressif est étroitement lié à des événements extérieurs. Pourtant il faut admettre que sa capacité de travail est partiellement diminuée en ce moment et depuis plusieurs mois. La recherche d'emploi est rendue plus difficile à cause des limitations liées à la diminution de la vue, et pourrait être améliorée par des mesures de réinsertion. »

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> mars 2017 à l'OAI, le Dr J.\_\_\_\_\_ a relevé que sa patiente présentait des stries angioïdes aux deux yeux et qu'un traumatisme, même mineur, était susceptible d'occasionner une hémorragie sous-rétinienne et une rupture de la choroïde. Il était raisonnable de ne pas porter de charges excessivement lourdes. L'intéressée avait actuellement une acuité visuelle complète des deux yeux, car elle n'avait à ce jour pas eu de complication néovasculaire.

Le 12 mars 2017, l'assurée a produit un rapport établi le jour-même par le Dr M.\_\_\_\_\_, selon lequel elle devait éviter tout traumatisme et le port de lourdes charges en raison de l'atteinte ophtalmologique. Le Dr M.\_\_\_\_\_ estimait que des mesures visant à une réinsertion professionnelle étaient indiquées.

Le 15 mars 2017, l'intéressée a transmis un rapport du même jour du Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en dermatologie et vénéréologie, indiquant que la patiente présentait un pseudoxanthome élastique, soit une maladie du tissu conjonctif à atteintes cutanée, oculaire, vasculaire et digestive, avec un syndrome probablement autosomique dominant. Sur le plan vasculaire, ce syndrome pouvait se manifester par des anévrismes susceptibles de se rompre ou par une artérite des membres inférieurs. Il

était donc vivement recommandé, dans le cadre d'une surveillance ou d'une investigation artérielle éventuelle, d'éviter les explorations invasives et de privilégier l'écho-doppler.

Par avis médical du 3 mai 2017, le Dr L.\_\_\_\_\_ du SMR a constaté que dans le cadre de sa deuxième demande de prestations, l'assurée n'avait apporté aucun nouvel élément attestant d'une modification de son état de santé depuis 2013 qui justifierait que l'on s'écarte des conclusions du rapport du 18 février 2013 du SMR. En particulier, dans leurs rapports précités, les Drs J.\_\_\_\_\_, M.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ ne se prononçaient pas sur la capacité de travail de l'intéressée. Quant à la Dresse K.\_\_\_\_\_, même si elle attestait une incapacité de travail de 40 %, elle évoquait une évolution favorable et relatait des difficultés dans la recherche d'un emploi non pas à cause de troubles psychiatriques, mais en raison de troubles de la vue, ce qui ne relevait pas de son domaine de compétence.

Par décision du 29 mai 2017, l'OAI a confirmé le refus d'entrer en matière. Dans une lettre du même jour, il a expliqué que les rapports médicaux produits n'apportaient aucun élément susceptible de modifier sa position.

**C.** Par acte du 29 juin 2017, C.\_\_\_\_\_, désormais représentée par Me Adrienne Favre, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens qu'il soit entré en matière sur sa demande de prestations du 20 décembre 2016 et qu'elle soit « mise au bénéfice des prestations » prévues par la loi, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et décision dans le sens des considérants. En substance, elle a fait valoir que les rapports médicaux produits à l'appui de sa nouvelle demande devaient conduire l'intimé à entrer en matière sur celle-ci, cas échéant à mettre en œuvre des expertises médicales afin d'effectuer une évaluation sérieuse de son état de santé depuis sa première demande AI en 2013. Elle s'est en outre plainte d'une violation de son droit d'être entendue, au motif que

l'OAI avait refusé d'instruire sérieusement son dossier alors même que plusieurs médecins avaient considéré qu'elle n'était plus en mesure d'exercer son activité de femme de ménage. A titre de mesure d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Par décision du 4 juillet 2017, la juge en charge de l'instruction a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 29 juin 2017, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'une avocate en la personne de Me Adrienne Favre.

Par réponse du 31 août 2017, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Le 25 octobre 2017, la recourante a soutenu que l'OAI n'avait pas pris en compte le fait que la Dresse K. \_\_\_\_\_ avait rapporté qu'elle souffrait d'un trouble anxio-dépressif avec troubles somatiques, dans un contexte d'angoisse et de stress extrêmes, lié également à sa maladie de base et auquel s'ajoutait une diminution de la vue à l'œil gauche. La psychiatre avait également attesté une incapacité de travail de 40 % pour des raisons psychiatriques. Par ailleurs, l'OAI n'avait pas examiné l'impossibilité d'exercer une activité de femme de ménage.

Le 13 novembre 2017, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours.

Me Favre a déposé la liste de ses opérations le 11 décembre 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 LPGA et 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).

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 (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

**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 et 125 V 413 consid. 2c).

**b)** Le présent litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée 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 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3 ; TF 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). 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\_487/2013 du 21 octobre 2013 consid. 2.1, 9C\_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 2). A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui

s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.1 et 2.2).

**b)** Le Tribunal fédéral a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, la Haute Cour a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 43 al. 3 LPGA – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; ATF 124 II 265).

Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3 ; 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3). 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 (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1). 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, l'examen du juge des assurances sociales étant d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 130 V 64 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 3.2).

**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.** Dans un moyen de nature formelle qu'il convient d'examiner en premier lieu, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendue, au motif que l'intimé n'aurait pas sérieusement instruit sa nouvelle demande.

**a)** Le droit d'être entendu, dont la garantie se trouve inscrite à l'art. 29 al. 2 Cst., comprend le droit pour le justiciable de prendre connaissance du dossier, de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision touchant sa situation juridique ne soit prise, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à des offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 135 I 187 consid. 2.2, 133 I 270 consid. 3.1, 132 V 368 consid. 3.1 et 129 II 497 consid. 2.2 avec les références citées).

**b)** En l'occurrence, la recourante se méprend en déplorant une violation de son droit d'être entendue par l'intimé au motif qu'il n'aurait pas instruit sa seconde demande de manière sérieuse. En effet, s'il est constant que l'OAI a pour devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueillir les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 LPG), la procédure est différente s'agissant d'une nouvelle demande de prestations. En pareil cas, c'est en effet à l'assuré qu'il incombe de rendre plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (cf. consid. 3a et b supra). Ce n'est que lorsque l'assuré a rendu une telle modification plausible que l'OAI doit entrer en matière et examiner l'affaire au fond, en instruisant la cause. Le point de savoir si la recourante a satisfait à cette exigence, et donc si l'intimé était ou non fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande, doit être analysé avec les autres motifs (cf. consid. 5 infra) et non au titre de la violation du droit d'être entendu. Ce grief est dès lors écarté.

**5.** L'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par la recourante le 20 décembre 2016. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en

force du 19 avril 2013 et la décision litigieuse du 29 mai 2017, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit. Tel que susmentionné, il faut au contraire se limiter à examiner si l'assurée, 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'entrer en matière du 29 mai 2017 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 19 avril 2013. 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.

**a)** La décision du 19 avril 2013 refusant à la recourante le droit à des prestations retenait que les affections dont elle souffrait n'occasionnaient pas d'incapacité de travail et n'étaient dès lors pas invalidantes au sens de l'AI, en précisant que l'intéressée devrait toutefois éviter de faire des efforts physiques importants.

L'OAI s'est fondé sur le rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ du SMR du 18 février 2013, lequel constatait que le Dr J. \_\_\_\_\_ avait mentionné un pseudoxanthome élastique et des stries angioïdes présentes depuis 1999 au moins, avec une acuité visuelle conservée, sans baisse de rendement, ce dernier médecin relevant toutefois que des efforts physiques importants devaient être évités. Le Dr G. \_\_\_\_\_ concluait que la capacité de travail de l'assurée était totale dans toute activité sans efforts physiques importants.

**b)** A l'appui de sa nouvelle demande, la recourante se prévaut de cinq rapports médicaux.

S'agissant en premier lieu de ceux des 25 novembre 2016 et 12 mars 2017 du Dr M. \_\_\_\_\_, il y a lieu de relever que ce médecin a fait état de stries angioïdes et d'un pseudoxanthome élastique, atteintes présentes depuis au moins 1999, respectivement 2011, selon le rapport

du 5 février 2013 du Dr J.\_\_\_\_\_. Elles ont ainsi déjà été retenues dans le cadre de la première demande de prestations de l'assurée (cf. rapport du 18 février 2013 du Dr G.\_\_\_\_\_. du SMR). Par ailleurs, le Dr M.\_\_\_\_\_ a exposé que cette pathologie contre-indiquait le port de charges et que les professions pouvant occasionner d'avoir régulièrement la tête penchée vers le bas étaient à éviter, de même que tout traumatisme. Ces limitations fonctionnelles avaient toutefois déjà été définies par le Dr J.\_\_\_\_\_ dans le rapport susmentionné, relevant notamment que les activités nécessitant une force physique importante étaient à éviter et que la patiente ne pouvait pas non plus effectuer des activités requérant de se pencher, de soulever ou porter des charges et de monter sur une échelle. Ainsi, les limitations fonctionnelles décrites par le Dr M.\_\_\_\_\_ dans les rapports précités ne diffèrent pas de celles déjà retenues à l'époque de la décision du 19 avril 2013. Enfin, le Dr M.\_\_\_\_\_ n'a pas attesté d'incapacité de travail. Ses deux nouveaux rapports ne font donc état d'aucune aggravation de la santé de la recourante au regard des circonstances ayant prévalu lorsque la décision du 19 avril 2013 a été rendue.

Il en va de même du rapport établi le 1<sup>er</sup> mars 2017 par le Dr J.\_\_\_\_\_. En effet, ce spécialiste a également rappelé que sa patiente présentait des stries angioïdes aux deux yeux, en précisant qu'un traumatisme était susceptible d'occasionner des complications. Il a ensuite répété les limitations fonctionnelles déjà connues, soit d'éviter de porter des charges excessivement lourdes. En outre, il ressort de ce rapport que l'assurée a une acuité visuelle complète des deux yeux.

S'agissant du rapport du 15 mars 2017 du Dr W.\_\_\_\_\_, ce médecin s'est limité à indiquer que le pseudoxanthome élastique - déjà connu - pouvait se manifester par des anévrismes susceptibles de se rompre ou par une artérite des membres inférieurs et qu'il y avait ainsi lieu de privilégier l'écho-doppler dans le cadre d'une surveillance. Ce spécialiste n'a donné aucune précision concernant d'éventuelles limitations fonctionnelles ou une incapacité de travail de la recourante.

Dans son rapport du 7 février 2017, la Dresse K.\_\_\_\_\_ a quant à elle attesté une incapacité de travail de 40 %, en posant le diagnostic d'un état de stress post-traumatique chez une patiente ayant souffert d'épisodes dépressifs récurrents avec symptômes somatiques. Toutefois, ce rapport n'est guère détaillé, il ne mentionne en particulier pas si l'assurée est régulièrement suivie et, cas échéant, si une quelconque médication a été mise en place. En outre, la Dresse K.\_\_\_\_\_ n'a pas exposé de limitations fonctionnelles, se contentant de mentionner que pour le moment, la patiente restait en état de fragilité. La psychiatre a principalement expliqué la diminution de la capacité de travail de l'intéressée en soulignant que la recherche d'un emploi était rendue plus difficile à cause des limitations liées à la diminution de la vue, ce qui ne ressort pas de son domaine de compétence, tel que relevé par le Dr L.\_\_\_\_\_ du SMR (cf. avis médical du 3 mai 2017). L'ophtalmologue de la recourante n'a quant à lui pas fait état d'une telle aggravation, en indiquant au contraire que l'acuité visuelle était complète pour les deux yeux (cf. rapport du 1<sup>er</sup> mars 2017). Enfin, la Dresse K.\_\_\_\_\_ a estimé que le pronostic était favorable.

**c)** Au vu de ce qui précède, force est de constater que les pièces produites par l'assurée ne permettent pas d'établir de façon plausible une modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits. Dans ces conditions, c'est à bon droit que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par l'intéressée le 20 décembre 2016.

La Cour de céans relève encore, à l'instar de l'intimé, que l'activité de femme de ménage n'est pas adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante. Cependant, cette dernière peut effectuer d'autres activités professionnelles ne nécessitant pas d'efforts importants, telles que celles de caissière ou de surveillante d'un processus de production. Celles-ci ne requièrent pas la mise en place de mesures de réadaptation de l'OAI.

**6.** Enfin, il n'y a pas lieu d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, comme le requiert la recourante, la Cour de céans étant convaincue qu'une telle mesure d'instruction ne modifierait pas l'appréciation qui précède (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 ; TF 9C\_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2, 8C\_285/2013 du 11 février 2014 consid. 5.2). Quoi qu'il en soit, la Cour de céans souligne que le présent litige concerne uniquement la question du refus d'entrée en matière de l'intimé sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'intéressée et que de ce fait, une telle expertise ne saurait être ordonnée à ce stade.

**7. a)** En définitive, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse.

**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'AI 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 (art. 69 al. 1bis LAI). En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Conformément à l'art. 2 al. 1 RAJ (règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3), le conseil juridique commis d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré ; le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès.

**c)** En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Toutefois, dès lors qu'elle est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne peut pas prétendre à l'allocation de dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

La recourante bénéficie cependant, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'une avocate en la personne de Me Adrienne Favre. Celle-ci a produit la liste de ses opérations le 11 décembre 2017, laquelle fait état d'un temps consacré au dossier de 7 heures et 5 minutes, et de débours s'élevant à 7 francs. Contrôlées au regard de la procédure, les opérations effectuées rentrent globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié. Conformément au tarif horaire applicable, le défraiement équitable de Me Favre doit ainsi être fixé à 7 heures et 5 minutes à 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ), soit 1'275 fr., auquel doivent être additionnés les débours à hauteur de 7 francs. A cela s'ajoute la TVA au taux de 8 %, de sorte que le montant total de l'indemnité d'office en faveur de Me Favre s'élève à 1'384 fr. 55.

Les frais judiciaires et la rémunération du conseil d'office sont provisoirement supportés par le canton, la recourante étant rendu attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser ces montants dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

**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 laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Adrienne Favre est arrêtée à 1'384 fr. 55 (mille trois cent huitante-quatre francs et cinquante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- V.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais de justice et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.
- VI.** 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 à :

- Me Adrienne Favre (pour C. \_\_\_\_\_)
- 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 :