

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 décembre 2018

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Röthenbacher et M. Métral, juges
Greffier : M. Klay

Cause pendante entre :

J. _____, à [...], recourante,

et

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

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

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], chauffeur de bus, a déposé le 4 novembre 2011 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état d'une « affection psychique ».

En parallèle, dans un rapport du 6 septembre 2011, le Dr T._____ et la Dresse L._____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistante au Secteur psychiatrique de [...] de la Fondation de X._____, ont posé les diagnostics de trouble délirant persistant, de possible trouble de la personnalité sans précision, et de troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool et de sédatifs, syndrome de dépendance. L'assurée avait été adressée à cette fondation pour une hospitalisation volontaire en raison d'un risque suicidaire dans le cadre d'une décompensation psychotique.

Aux termes d'un rapport du 10 avril 2012, le Dr K._____ et la Dresse P._____, respectivement spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin assistant au Centre N._____ de la Fondation de X._____, ont posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble schizotypique (examens psychologiques : structure de personnalité prépsychotique), existant depuis longtemps à bas bruit, mais devenus manifestes et progressivement invalidants depuis 2003. Ils ont également mentionné les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de dépendance aux benzodiazépines, actuellement abstinente, et de dépendance à l'alcool, actuellement abstinente.

Par rapport du 8 octobre 2012, le Dr K._____ et la Dresse P._____, ont indiqué que la situation de l'assurée s'était légèrement améliorée, même si la problématique de fond (fragilité au niveau de la personnalité) restait présente. Au titre des limitations fonctionnelles, ces médecins ont expliqué que l'intéressée présentait une

anxiété importante, notamment dans les situations relationnelles de proximité (angoisse de type persécutoire, vécu d'intrusion) qui pouvaient favoriser l'apparition de symptômes psychotiques dans certaines situations. Il lui était difficile de gérer les relations interpersonnelles dans un milieu professionnel, celles-ci pouvant devenir persécutoires si elles étaient trop rapprochées ou trop intenses. L'assurée expliquait qu'elle pouvait avoir des contacts avec des collègues, mais pas avec une clientèle. Selon les médecins, une telle situation la mettrait effectivement dans un risque de rechute. L'intéressée restait fragile face aux contraintes et à un stress trop important. Le Dr K. _____ et la Dresse P. _____ ont fait état d'une incapacité de travail totale pour une profession de conductrice de bus ou d'employée d'administration, activités trop stressantes pour l'assurée. Ils ont ajouté que cette dernière présentait actuellement une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Sur mandat de l'OAI, dans un rapport produit le 3 mai 2013 et daté par erreur du 2 août 2011, le Dr Z. _____, spécialiste en médecine interne générale au Centre d'évaluation médicale de l'aptitude à la conduite à la Policlinique [...], a indiqué qu'il était en mesure de confirmer à ce jour l'aptitude à la conduite de l'assurée pour les véhicules du groupe II, incluant les véhicules de la catégorie C (poids lourds).

Aux termes d'un rapport du 9 juillet 2013, le Dr K. _____ et la Dresse P. _____, ont expliqué que l'état psychique de l'assurée était stable depuis leur rapport d'octobre 2012. Sa thymie s'était améliorée et son rythme nycthéméral s'était normalisé. Sa capacité de travail était de 50 % dans un premier temps, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, demeurées semblables à celles mentionnées dans leur rapport d'octobre 2012. Ce taux pourrait ensuite être augmenté progressivement selon l'évolution clinique de l'intéressée. Le Dr K. _____ et la Dresse P. _____ ont indiqué que l'assurée s'estimait capable de travailler à 100 % et n'avait plus voulu que des certificats d'incapacité de travail lui soient délivrés, ce malgré leur avis selon lequel la capacité de travail était de 50 % dans un premier temps. Ils ont ajouté que l'intéressée

était partiellement anosognosique, semblant n'avoir aucune conscience de sa fragilité psychique sous-jacente et de sa sensibilité au stress. Ils préconisaient une certaine prudence dans la reprise d'une activité, afin d'éviter une nouvelle décompensation, l'assurée n'ayant pas travaillé depuis plusieurs années.

Par rapport du 24 juillet 2013, les Drs V._____ et G._____, respectivement spécialiste en anesthésiologie et médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), ont estimé que l'atteinte à la santé était incapacitante, à un taux de 100 % du 12 au 31 août 2011 et de 50 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} septembre 2011. Une activité professionnelle, même adaptée, à un taux supérieur à 50 % mettrait l'assurée dans une situation de travail en dessus de ses capacités. Les médecins du SMR ont ajouté qu'une révision était nécessaire à douze mois, dans la mesure où l'augmentation de la capacité de travail dans une activité adaptée était envisageable dans le futur.

Dans un certificat médical daté du 17 septembre 2013 et produit auprès de l'OAI le 8 novembre 2013, le Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'état de santé de l'intéressée lui permettait de reprendre le travail à 100 %.

En juillet 2015, l'assurée a commencé un emploi de chauffeur de transports publics à temps plein.

Aux termes d'un rapport du 9 novembre 2015, le Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a relevé que l'intéressé présentait désormais une capacité de travail totale.

Dans un rapport du 15 janvier 2016, la Dresse B._____, médecin praticien, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de syndrome anxio-dépressif, ainsi que les diagnostics sans effet sur la capacité de travail d'hypothyroïdie et de syndrome de Sjögren. Elle a précisé qu'il n'existait aucune restriction physique, en renvoyant au Dr W._____ s'agissant des restrictions mentales et psychiques. L'activité

exercée était encore exigible et le rendement n'y était pas réduit, l'assurée travaillant actuellement à nouveau à 100 %.

Par avis médical du 15 février 2016, le Dr S._____, médecin au SMR, a, compte tenu des rapports médicaux du psychiatre traitant et du médecin généraliste, admis une amélioration de la situation médicale depuis septembre 2013. Selon ce médecin, la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 100 % depuis juillet 2015. L'assurée avait retrouvé à cette date son travail habituel de conductrice professionnelle de transports publics et aucune mesure n'était nécessaire.

Par projet de décision du 1^{er} novembre 2016, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui octroyer trois-quarts de rente, fondés sur un degré d'invalidité de 62 %, du 1^{er} août 2012 au 31 décembre 2013. En substance, il a considéré que le 12 août 2012, l'intéressée présentait une capacité de travail nulle dans son activité habituelle, mais de 50 % dans une activité adaptée à son état de santé et respectant ses limitations fonctionnelles. Après comparaison des revenus avec et sans invalidité, l'OAI a retenu une incapacité de gain de 61.54 %. Ensuite, l'OAI a estimé que, dès le 17 septembre 2013, l'assurée pouvait exercer une activité adaptée à son atteinte à la santé à plein temps. Dans le cadre des mesures de réadaptation, l'OAI avait pris en charge la formation pour l'obtention du permis poids-lourds. Ainsi, en exerçant une telle activité de chauffeur poids-lourds à temps plein, l'intéressée présentait désormais une incapacité de gain de 12.15 %, laquelle ne lui donnait plus droit à une rente. L'OAI a encore précisé considérer que, dans la mesure où l'assurée avait repris son activité habituelle de conductrice de bus depuis juillet 2015, sa capacité de travail était également entière dans cette activité.

Le 15 novembre 2016, l'assurée a expliqué à l'OAI que, ne trouvant pas un emploi comme chauffeur poids-lourds, elle avait « pris sur elle » et avait cherché un poste dans le transport de personnes. Elle avait trouvé et commencé un tel travail dès juillet 2015. Elle s'était cependant retrouvée en arrêt maladie du 9 septembre au 13 novembre 2016, pour causes de crises d'angoisse, de panique, de vertige, de déprime, indiquant

avoir dû quadrupler sa dose d'antidépresseurs. En outre, à cause d'un malentendu entre le médecin conseil du Service des Automobiles et de la Navigation (SAN) et son ancien psychiatre traitant, son permis professionnel avait été suspendu, ce qui lui avait fait perdre l'emploi évoqué pour décembre 2016 ou janvier 2017.

Au cours d'un entretien téléphonique du 15 décembre 2016, un collaborateur de l'OAI a indiqué à l'assurée que si son médecin estimait que son atteinte ne lui permettait plus du tout d'exercer une profession dans le domaine de la conduite de véhicule, il conviendrait alors que l'intéressée dépose une nouvelle demande afin que la situation soit réexaminée.

B. L'assurée a déposé une seconde demande de prestations auprès de l'OAI le 30 décembre 2016, en faisant état de phobie sociale, de panique, de crises d'angoisse, de déprime, du fait d'être tétanisée à l'idée de sortir, mais également de symptômes du Lupus cutané et articulaires et d'un syndrome de Sjögren. Ces atteintes existaient depuis toujours, mais s'étaient aggravées depuis 2011, l'intéressée se sentant harcelée et suivie. Celle-ci ajoutait que, pour le moment, elle ne se sentait pas rassurée à l'idée de reprendre la conduite de poids-lourds.

Dans une lettre du 30 décembre 2016 au Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, elle expliquait avoir l'impression de rechuter dans la même situation psychologique dans laquelle elle était quelques années auparavant.

Par décision du 27 janvier 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision du 1^{er} novembre 2016. Faute de recours à son encontre, cette décision est entrée en force.

Aux termes d'un rapport du 20 février 2017, le Dr F._____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré sans symptômes somatiques, de trouble panique avec agoraphobie, de

trouble de la personnalité anxieuse (évitante) et de lupus érythémateux disséminé.

Dans un rapport du 23 février 2017, la Dresse B._____ a évoqué la reprise par l'assurée d'un emploi de chauffeur dans les transports publics en juillet 2015 et son licenciement qui a suivi, à cause du retrait préventif de son permis le 3 juin 2016 découlant d'un malentendu (rapport médical non reçu à temps). Elle a ajouté que l'intéressée se retrouvait à nouveau dans une situation précaire tant au niveau psychologique que financier. Un suivi psychiatrique plus rapproché, afin de la soutenir dans cette situation difficile, était indiqué. La Dresse B._____ précisait qu'un retour au travail dans le domaine des transports avec conduite professionnelle et contact humain n'était désormais plus envisageable et qu'une reconversion professionnelle était nécessaire.

Mandatés par le SAN pour expertiser l'assurée ensuite de son retrait préventif du permis de conduire, les Drs M._____, spécialiste en médecine interne générale, Q._____, spécialiste en médecine légale, et H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, tous médecins à l'Unité de médecine et psychologie du trafic du Centre [...], ont rendu un rapport d'« expertise simplifiée » le 19 octobre 2016, que l'OAI a reçu le 23 février 2017. Dite expertise a pour l'essentiel porté sur la consommation d'alcool de l'intéressée, les médecins ayant par ailleurs apprécié sa situation psychiatrique de la manière suivante, étant précisé que l'expertise psychiatrique a eu lieu le 29 août 2016 :

« APPRECIATION PSYCHIATRIQUE »

L'élément anamnestique significatif ressortant au cours de cette expertise est la perte d'emploi de l'expertisée survenue au décours d'un imbroglio administratif entre elle, le SAN et le psychiatre traitant, ce qui l'a affectée, d'où le fait qu'elle ait eu temporairement besoin de reprendre quotidiennement 75 mg de venlafaxine, dose qui a pu être ensuite réduite à 37.5 mg. Malgré cette épreuve qui l'expose à nouveau à la précarité, je ne mets pas en évidence de rechute sur le plan thymique ni de symptôme psychotique. Elle exprime des affects de colère par rapport à ce qui s'est passé qui sont congruent à la situation dans laquelle elle se retrouve. Compte tenu de ce contexte, le status psychiatrique est dans la norme.

Pour conclure, cette expertisée, malgré la situation douloureuse qu'elle vient de vivre, a conservé sa santé psychique. Je n'ai pas mis en évidence de contre-indication psychiatrique pour la conduite des véhicules des 1^{er} et 2^{ème} groupes. Compte tenu des antécédents psychiatriques, la poursuite d'un suivi psychiatrique s'impose concernant le permis du 2^{ème} groupe avec production d'un rapport annuel circonstancié de la part du psychiatre traitant. »

Par avis médical du 13 juin 2017, le Dr C. _____ spécialiste en médecine du travail au SMR, a estimé que le rapport d'expertise du 19 octobre 2016 ne retenait aucune atteinte dépressive en octobre 2016, ni de psychose, et encore moins de trouble de la personnalité. Il a expliqué que les documents médicaux à disposition n'apportaient pas d'éléments convaincants pour une aggravation de l'état de santé de l'assuré, et encore moins sur le plan psychiatrique après l'expertise sus-évoquée. Selon le médecin du SMR, il n'existait aucune des pathologies rapportées par le Dr F. _____. Sur le plan psychiatrique, les pathologies avancées ne pouvaient être prise en compte puisque chronologiquement elles auraient dû être diagnostiquées dès octobre 2016, ce qui n'était pas le cas, en particulier s'agissant du trouble schizotypique. Le Dr C. _____ considérait ainsi qu'il n'y avait aucune raison de s'écarter des constatations antérieures et qu'il convenait de retenir que la situation était inchangée, de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

Dans un projet de décision du 15 juin 2017, l'OAI a signifié à l'assurée son intention de ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations, au motif qu'elle n'avait pas pu constater que la situation professionnelle ou médicale de l'intéressée s'était notablement modifiée.

Le 12 juillet 2017, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision et a produit un rapport non daté du Dr R. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin traitant. Il y a indiqué que l'intéressée était suivie par ses soins depuis quatre mois. Ce suivi psychiatrique était indispensable et la date de fin du traitement était indéterminée. Le Dr R. _____ a posé les diagnostics d'épisode dépressif

sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et de personnalité émotionnellement labile (borderline) (F60.3), et précisé ce qui suit :

« Ces troubles se manifestent notamment par une importante impulsivité et irritabilité, ainsi qu'une forte instabilité affective. Elle a ainsi tendance à l'isolement, ne développant pas de réseau social, ce qui maintient la symptomatologie. Elle a une importante peur de l'abandon, ce qui complique considérablement ses relations sociales. Elle souffre d'importants troubles du sommeil, prenant la forme d'insomnies mixtes. Elle a également un très faible seuil de tolérance à la frustration et témoigne d'anhédonie, un grand manque d'intérêt pour les activités du quotidien. Elle se dit très fatiguée et n'a pas l'énergie nécessaire au bon déroulement de la vie quotidienne. Ses capacités attentionnelles sont également fortement réduites. Elle souffre d'importantes idées noires et de pensées suicidaires qui témoignent de son mal-être. Elle se montre hypersensible au stress, auquel elle réagit de manière disproportionnée.

Au vu de la chronicisation de sa situation, le pronostic reste réservé. Au cours de ces derniers mois, son état de santé psychique s'est péjoré, Madame J. _____ ayant fait une décompensation sur le versant dépressif. [...] »

Dans un avis médical du 16 août 2017, le Dr C. _____ a estimé que, sur le plan psychiatrique, le rapport du Dr R. _____ n'était « pas plausible ». Les pathologies qui en ressortaient n'étaient pas décrites, documentées et démontrées. En outre, il n'était pas possible de voir apparaître à posteriori une personnalité émotionnellement labile, un tel trouble se constituant lors de l'adolescence ou lors de « l'âge jeune adulte ». Or, il y avait déjà eu une expertise pluridisciplinaire le 19 octobre 2016 et les médecins n'avaient pas retenu de diagnostic incapacitant, « celui-ci ne pouvant naître de novo ». Pour ces raisons, le Dr C. _____ a confirmé ses conclusions antérieures, en considérant que la situation était inchangée.

Le 16 août 2017, D. _____ SA a transmis à l'OAI :

- un rapport d'évaluation de la capacité de travail du 31 juillet 2017, qui lui était destiné et par lequel le Dr R. _____ a posé les diagnostics d'épisode dépressif (F32.2) et de personnalité émotionnellement labile et hypertendue (F60.3). Sous le titre « déroulement du

traitement », il a mentionné une rémission de la symptomatologie et le fait que l'anxiété et les troubles du sommeil étaient sous contrôle médicamenteux. Il a indiqué, en tant que limitations, que l'assurée se sentait angoissée quand elle était entourée, que cela compliquait la reprise du travail et que, vu sa maladie, elle avait tendance à s'isoler. Quant à la possibilité d'une reprise de l'activité actuelle de chauffeur d'autobus ou d'une augmentation de la capacité de travail, le Dr R. _____ a estimé que, compte tenu de l'état de fragilité psychologique de l'intéressée, il n'était pas possible de faire de prévisions. Selon ce médecin, une autre activité adaptée, telle qu'une activité d'employée de bureau, pouvait raisonnablement être exigée.

- Un rapport du 14 août 2017 de la Dresse MW. _____, spécialiste en pathologie et en psychiatrie et psychothérapie, et médecin-conseil pour D. _____ SA, a relevé que les deux rapports de la Dr R. _____ étaient contradictoires. Celui transmis à l'OAI faisait état d'une péjoration alors que celui transmis à D. _____ SA mentionnait une rémission. La Dresse MW. _____ a indiqué la possibilité d'une expertise, qui pouvait être conjointe avec l'OAI, afin de déterminer l'atteinte à la santé strictement médicale.

Par décision du 29 août 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision du 15 juin 2017.

C. Par acte du 28 septembre 2017, J. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision susmentionnée, en concluant implicitement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour qu'elle entre en matière sur sa demande de prestations. Elle a fait valoir qu'il ressortait du rapport non daté du Dr R. _____, ainsi que d'un rapport d'expertise du 7 septembre

2017 du Dr ST._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, mandaté par D.____ SA, qu'elle présentait une incapacité de travail de 50 %. En annexe à son écriture, elle a notamment produit ledit rapport du Dr ST._____, ainsi qu'une décision du 27 septembre 2017 de D.____ SA.

L'intimé a répondu le 27 novembre 2017 et conclu au rejet du recours. En substance, il a confirmé sa position, et précisé avoir soumis le rapport du Dr ST._____ au SMR, lequel avait confirmé que la situation était inchangée et qu'il n'y avait pas lieu d'entrer en matière. A l'appui de ses dires, il a produit un avis médical du 20 novembre 2017 du Dr C._____.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés 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. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) Le litige porte en l'occurrence sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la demande de prestations déposée le 30 décembre 2016 par la recourante.

3. a) Aux termes de l'art. 87 al. 2 RAI [règlement fédéral 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 8C_880/2017 du 22 juin 2018 consid. 3). Une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b ; SVR 1996 IV n° 70 p. 204 consid. 3a et réf. cit. ; TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1 ; Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), Zurich/Bâle/Genève 2014, n° 51 p. 433).

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

b) D'après la jurisprudence, le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 8C_880/2017 précité consid. 5.1). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 ; art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1er janvier 2003) - qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 2 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; ATF 124 II 265 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3).

c) Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande de prestations, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 8C_308/2015 du 8 octobre 2015 consid. 3.2 ; 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3). Il s'ensuit que les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée ne doivent pas être pris en considération et examinés par le juge

des assurances sociales dans un litige de ce genre (TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3 ; I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 3.2 et 4.1).

d) 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 ; TF 9C_739/2010 du 1er juin 2011 consid. 2.1).

4. En l'espèce, il convient d'examiner si la recourante a rendu plausible une péjoration de son état de santé, susceptible de modifier le droit aux prestations, depuis la dernière décision reposant sur un examen complet de son droit à la rente, à savoir depuis la décision du 27 janvier 2017.

a) D'emblée, il y a lieu de préciser que, conformément à la jurisprudence précitée (cf. consid. 3c *supra*), toutes les pièces produites postérieurement à la décision litigieuse du 29 août 2017 - soit en particulier le rapport du Dr ST. _____ du 7 septembre 2017, la décision de D. _____ SA du 27 septembre 2017 et le rapport du Dr C. _____ du 20 novembre 2017 - ne doivent pas être prises en considération et examinées par la Cour de céans pour déterminer si la recourante a rendu plausible une modification de son invalidité de manière à influencer ses droits.

Il est encore relevé que l'intimé a étrangement rendu sa première décision le 27 janvier 2017 après que la recourante ait déposé, à la demande d'un des collaborateurs de l'OAI, une seconde demande de prestations. Cette situation ne saurait péjorer les droits de l'intéressée. Pour rendre cette décision, l'intimé n'a pas instruit l'aggravation de l'état de santé revendiquée par la recourante dans sa seconde demande et qui aurait débuté au plus tôt en septembre 2016 (cf. lettre de l'intéressée du 15 novembre 2016). En outre, ladite décision ne traite aucunement de

cette péjoration. Partant, il conviendra de comparer l'état de santé de l'intéressée avant septembre 2016 avec son état de santé ensuite de l'aggravation invoquée.

b) L'intimé n'est pas entrée en matière sur la seconde demande de la recourante en se fondant sur les avis médicaux du Dr C._____ des 13 juin et 16 août 2017. Ce médecin a estimé que, compte tenu du rapport d'« expertise simplifiée » du 19 octobre 2016 ne retenant ni atteinte dépressive, ni psychose, ni trouble de la personnalité, les rapports subséquents ne sauraient convaincre de l'aggravation de l'état de santé de la recourante. Les pathologies avancées dans ces rapports auraient en effet déjà dû être diagnostiquées dans le rapport d'« expertise simplifiée » du 19 octobre 2016, en particulier s'agissant d'un trouble schizoïde, respectivement d'une personnalité émotionnellement labile.

La position du Dr C._____ ne saurait être suivie. En effet, un trouble schizotypique avait déjà été diagnostiqué par le Dr K._____ et la Dresse P._____ (cf. notamment rapport du 10 avril 2012) avant le rapport d'« expertise simplifiée » du 19 octobre 2016, le Dr T._____ et la Dresse L._____ évoquant notamment un trouble délirant persistant et un possible trouble de la personnalité sans précision (cf. rapport du 6 septembre 2011). Le Dr K._____ et la Dresse P._____ avait par ailleurs précisé que la problématique de fond était une fragilité au niveau de la personnalité de la recourante (cf. rapport du 8 octobre 2012), avec des conséquences sur sa thymie. Compte tenu de ces atteintes, le Dr K._____ et la Dresse P._____ avait estimé que l'intéressée présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de conductrice de bus, mais une incapacité de travail d'un taux de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, taux qui pourrait dans un second temps être augmenté de manière progressive selon l'évaluation clinique (cf. rapports des 8 octobre 2012 et 9 juillet 2013). Dans leur rapport du 9 juillet 2013, ces médecins avaient cependant précisé que la recourante était partiellement anosognique et préconisé une certaine prudence dans la reprise d'une telle activité adaptée, dans

un premier temps à 50 %, afin d'éviter une nouvelle décompensation de la part de l'intéressée.

Ces atteintes et leurs conséquences sur la capacité de travail de la recourante ont été reconnues par les médecins du SMR (cf. rapport des Drs V._____ et G._____ du 24 juillet 2013 et avis médical du Dr S._____ du 15 février 2016) et par l'intimé. Cette dernière a ainsi octroyé à l'intéressée trois-quarts de rente du 1^{er} août 2012 au 31 décembre 2013, estimant que, dès le 17 septembre 2013, la recourante pouvait exercer à plein temps une activité de chauffeur poids-lourds, adaptée à son atteinte à la santé, ce qui ne lui donnait plus droit à une rente (cf. projet de décision du 1^{er} novembre 2016 et décision du 27 janvier 2017).

L'intéressée n'ayant cependant pas débuté une activité de chauffeur poids-lourds adaptée à ses limitations fonctionnelles, mais ayant repris un emploi dans son ancienne activité de conductrice de transports publics à plein temps dès juillet 2015, les Drs W._____ et S._____ et la Dresse B._____ ont ainsi constaté une pleine capacité de travail dans cette activité (cf. rapport du 9 novembre 2015 du Dr W._____, rapport du 15 janvier 2016 de la Dresse B._____ et avis médical du 15 février 2016 du Dr S._____). Dans sa première décision, l'intimé a encore considéré que la capacité de travail de l'intéressée était également entière dans cette activité de conductrice de transports publics (cf. projet de décision du 1^{er} novembre 2016 et décision du 27 janvier 2017). Il ressort malheureusement des rapports produits à la suite de la seconde demande de prestations (cf. rapport du Dr F._____ du 20 février 2017, rapport du Dr B._____ du 23 février 2017 et rapports du Dr R._____ des 12 et 31 juillet 2017) que cette activité de chauffeur de transports publics a, une seconde fois, entraîné une décompensation chez l'intéressée.

Compte tenu de ce qui précède, les diagnostics posés à la suite de la seconde demande correspondent à ceux mentionnés dans le cadre de la première demande et reconnus par l'intimé. En outre, il ressort de rapports postérieurs à cette seconde demande une décompensation

(cf. en particulier rapport du 12 juillet 2017 du Dr R._____), dont la survenance était crainte par le Dr K._____ et la Dresse P._____ (cf. rapport du 9 juillet 2013). Une telle décompensation était par ailleurs déjà apparue dans les mêmes circonstances, soit pendant l'exercice d'une activité de conductrice de transports publics.

S'agissant de l'« expertise simplifiée », celle-ci a été mise en œuvre, ensuite du retrait préventif du permis de conduire de l'intéressée, pour déterminer si cette dernière était apte à conduire des véhicules automobiles, mais non pour apprécier spécifiquement son état de santé psychique et les conséquences sur sa capacité de travail. Dans le cadre de leur brève appréciation psychiatrique contenue dans le rapport du 19 octobre 2016, les Drs M._____, Q._____ et H._____ ont indiqué ne pas mettre en évidence de rechute sur le plan thymique ni de symptômes psychotiques. Ils ont retenu que le status psychiatrique était dans la norme. Ainsi, en utilisant le mot rechute, ces médecins ont sous-entendu que ces troubles avaient existé, mais étaient actuellement sans effet sur la capacité de travail. Il y a par ailleurs lieu de relever que, si le rapport d'« expertise simplifiée » a été produit auprès de l'intimé le 23 février 2017, il a été établi le 19 octobre 2016 et que l'examen psychiatrique a été mené le 29 août 2016, soit avant le projet de décision du 1^{er} novembre 2016 et en particulier avant la nouvelle décompensation de la recourante, laquelle a vraisemblablement débuté au plus tôt en septembre 2016 (cf. lettre de l'intéressée du 15 novembre 2016).

Les développements du Dr C._____ ne correspondent ainsi pas aux pièces présentes au dossier, de sorte qu'il convient de s'en distancier.

Par ailleurs, il est rappelé que, par la première décision du 27 janvier 2017, l'intimé avait considéré que l'intéressée pouvait exercer une activité adaptée de chauffeur poids-lourds à plein temps dès le 17 septembre 2013, ce qui ne lui donnait plus droit à une rente (cf. projet de décision 1^{er} novembre 2016). Certes, aucun des médecins intervenus ensuite de la seconde demande de prestations n'a fait spécifiquement état

d'une diminution de la capacité de travail de la recourante dans une telle activité de chauffeur poids-lourds. Ces médecins ont en effet indiqué qu'il n'était pour l'heure pas possible de faire de prévisions quant à la capacité de travail de l'intéressée dans l'activité de chauffeur de transports publics qu'elle avait reprise en juillet 2015 (cf. rapport du Dr R. _____ du 31 juillet 2017), ou qu'elle ne pouvait pas exercer cette activité (cf. rapports de la Dresse B. _____ du 23 février 2017). Cependant, comme discuté ci-avant, ces médecins ont tous constaté une décompensation, respectivement une péjoration de l'état de santé psychique de la recourante (cf. rapport du Dr F. _____ du 20 février 2017, rapport du Dr B. _____ du 23 février 2017 et rapports du Dr R. _____ des 12 et 31 juillet 2017). Cette situation fait particulièrement écho à celle survenue durant la première procédure administrative et pour laquelle l'intimé avait octroyé à la recourante trois-quarts de rente pour la période allant du 1^{er} août 2012 au 31 décembre 2013, compte tenu d'une incapacité de travail de 50 % dans toute activité. En l'état, l'intéressée rend ainsi plausible une baisse de sa capacité de travail dans toute activité.

A toutes fins utiles, la Dresse MW. _____ a estimé, dans son rapport du 14 août 2017, que le Dr R. _____ était contradictoire dans ses rapports. On comprend cependant de ceux-ci que ce médecin a, dans un premier temps, constaté une décompensation (cf. rapport du 12 juillet 2017), puis, dans un second temps, expliqué que la recourante était certes en rémission, l'anxiété et les troubles du sommeil étant sous contrôle médicamenteux, mais néanmoins indiqué qu'il était pour l'heure impossible de se prononcer sur la reprise de l'activité de chauffeur de transports publics ou sur une augmentation de la capacité de travail. La situation n'était ainsi pas revenue au stade où elle était lorsque la décision du 27 janvier 2017 avait été rendue. La baisse de la capacité de travail de l'intéressée dans toute activité reste dès lors plausible.

c) Au vu des éléments médicaux ressortant du dossier, la recourante rend plausible que son invalidité s'est modifiée depuis la décision du 27 janvier 2017 de manière à influencer son droit à la rente.

Partant, l'intimé se devait, par la décision litigieuse, d'entrer en matière sur la seconde demande de prestations de l'intéressée.

5. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée le 30 décembre 2016 par la recourante.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante ayant agi sans le concours d'un mandataire (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 29 août 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée le 30 décembre 2016 par J._____.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- J. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :