

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 septembre 2018

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
M. Métral et Mme Berberat, juges  
Greffier : M. Favez

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

A. \_\_\_\_\_ à [...], recourante, représentée par Z. \_\_\_\_\_, à Zurich,

et

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

---

**Art. 53 al. 2 LPGA ; art 87 al. 2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante [...] et [...] née en [...], travaillait depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2005 comme employée de production pour D.\_\_\_\_\_ SA.

Le 9 mars 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) indiquant souffrir de douleurs aux tendons dans les deux mains. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli des renseignements médicaux auprès des différents médecins de l'assurée et fait verser le dossier constitué par l'assureur perte de gain C.\_\_\_\_\_.

La Dresse H.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main et chirurgie plastique et reconstructive, a procédé à une cure chirurgicale de ténosynovite sténosante de De Quervain gauche le 28 avril 2015.

Selon le rapport d'expertise du 5 mai 2015 commandé par l'assureur perte de gain au Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, l'assurée s'est trouvée en incapacité de travail totale à partir du 26 novembre 2014 en raison d'une tendinopathie de De Quervain bilatérale. Ce praticien a également indiqué dans le cadre de son anamnèse que l'intéressée avait souffert de douleurs de la région sacro-iliaque avec des lombosciatalgies droites depuis 2010/2011 et qu'une IRM (imagerie par résonance magnétique) lombo-sacrée réalisée le 18 mars 2014 par la Dresse F.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, avait révélé une légère sténose du canal lombaire sur protrusion discale postéro-médiane légèrement sténosante de L2-L3 à L5-S1 sans signe de sacro-iliite.

Dans un rapport du 17 juin 2015, le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a indiqué que des cervicalgies étaient apparues fin mai 2015.

Par rapport adressé à l'OAI le 27 mai 2015, le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin praticien, a rapporté des lombalgies sévères, un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), une tendinopathie, un kyste, une perte pondérale et la nécessité d'un soutien psychologique.

Dans un rapport du 4 novembre 2015, le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a identifié une perte de la lordose physiologique cervicale associée à des discopathies modérées, sans toutefois identifier de rétrécissement du canal cervical ni préconiser d'intervention chirurgicale.

Par rapport du 16 août 2016, le Prof. I.\_\_\_\_\_, médecin chef au service de médecine physique et de réhabilitation du Centre hospitalier G.\_\_\_\_ (ci-après : le Centre hospitalier G.\_\_\_\_) a relevé un épaississement du ligament nucal avec inflammation, niveau C7, et adressé l'assurée au service d'antalgie pour un traitement, par la suite interrompu car non supporté.

Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations du 9 mars 2015, la Dresse K.\_\_\_\_ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a décidé de soumettre l'assurée à un examen clinique rhumatologique par avis du 10 octobre 2016.

L'assurée a été examinée au SMR par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie. Dans un rapport du 2 novembre 2016, le médecin précité a établi un diagnostic principal, avec répercussion sur la capacité de travail, de douleurs aux poignets dans le contexte d'une tendinopathie de De Quervain bilatérale, opérée à gauche le 28 avril 2015 (M65.4). A ce premier diagnostic étaient aussi associées une cervicalgie sans irradiation radiculaire ou déficit neurologique dans le contexte d'un trouble statique (inversion de la courbure cervicale physiologique) et surcharge du ligament nucal à la hauteur de C7 (M54.2) et des lombalgies sans irritations radiculaires ou déficit neurologique dans le contexte de

discrets troubles dégénératifs (protrusions discales étagées légèrement sténosantes en L2-L3 à L5-S1, sans conflit disco-radiculaire) (M51.3).

Dans son rapport du 2 novembre 2016, le Dr J.\_\_\_\_\_ a conclu que les ténosynovites sténosantes de De Quervain dont souffrait l'assurée avaient entraîné une totale incapacité de travail dans son activité habituelle depuis le 26 novembre 2014. Il a relevé que cette inflammation était susceptible de récidiver dans le cas de la reprise d'une activité avec des mouvements répétitifs des mains et des poignets, raison pour laquelle l'activité habituelle n'était définitivement plus exigible. Pour le Dr J.\_\_\_\_\_, la capacité de travail dans une activité adaptée était de 100 % depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2015, à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation. Il a précisé ne pas pouvoir suivre le médecin traitant sur une incapacité de travail totale durable fondée sur les plaintes subjectives de l'assurée, sans qu'une preuve clinique objective ne soit apportée. Ce médecin a retenu comme limitations fonctionnelles les mouvements répétitifs en flexion-extension des poignets et des pouces, les activités de serrage, les ports de charges supérieures à 5 kg (2,5 kg de chaque côté), les activités avec les bras au-dessus de la tête, les mouvements répétés de la nuque en flexion-extension ou rotation, les positions en porte-à-faux, les activités accroupies ou à genou, ainsi que les activités sur plateforme vibrante. Il a encore précisé que, s'agissant de l'état dépressif récurrent, actuellement sévère, annoncé par le Dr M.\_\_\_\_\_, il ne lui était pas possible de confirmer ce diagnostic ni le traitement à proposer, signalant que l'assurée avait mentionné une proposition de prise en charge psychiatrique.

En outre, s'agissant de l'anamnèse sur le plan dermatologique, le Dr J.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée se plaignait de céphalées dues à sa sensibilité au soleil et sur le plan neurologique, qu'elle disait souffrir de céphalées en lien avec les cervicalgies et la survenue de vertiges, phénomène présent depuis 2004 environ. Il a en outre exposé qu'elle présentait une sensation permanente d'épuisement et de fatigue.

Par décision du 20 février 2017, confirmant un projet de décision du 8 décembre 2016, l'OAI a refusé de mettre l'assurée, alors représentée par Me T.\_\_\_\_\_, au bénéfice d'une rente d'invalidité au motif que le revenu d'invalidité auquel elle pouvait raisonnablement prétendre était légèrement supérieur à celui qu'elle réalisait avant son atteinte à la santé. L'OAI a considéré que l'assurée conservait une pleine capacité de travail depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2015 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telles qu'énumérées par le SMR. Elle pouvait ainsi exercer à plein temps une activité simple et répétitive dans le domaine industriel léger comme ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans l'usinage sur machines préréglées, ou opératrice de production (conditionnement, montage de pièces, emballage, préparation de commandes). Se référant aux données statistiques, l'OAI a constaté que le revenu annuel auquel pouvaient prétendre les femmes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services) se montait, pour une semaine de travail de 41,7 heures, à 53'793 fr. en 2014 et à 54'008 fr. 17 en 2015, après adaptation à l'évolution des salaires nominaux (+ 0,4 %). Compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assurée, l'OAI a estimé qu'un abattement de 10 % se justifiait sur ce montant. Il a ainsi constaté que le revenu avec invalidité de l'assurée était de 48'607 fr. 35. Dans la mesure où le revenu sans invalidité de l'assurée n'était que de 48'315 fr. 80 pour un plein temps, elle ne subissait aucun préjudice économique.

Par communication du même jour, l'office a octroyé à l'assurée une mesure de réadaptation professionnelle, sous forme d'une aide au placement. L'intéressée y a toutefois renoncé le 22 mars 2017, expliquant ne pas se sentir apte à reprendre un emploi.

**b)** Par courrier du 5 avril 2017, l'assurée a déposé une nouvelle « demande pour l'assurance-invalidité », indiquant que sa santé ne lui permettait pas de reprendre une activité, ni de suivre une mesure de réadaptation.

Le 12 juillet 2017, l'assurée a déposé une nouvelle demande formelle de prestations auprès de l'OAI à l'aide du questionnaire *ad hoc*, faisant valoir les atteintes à la santé suivantes :

« Problème chronique au niveau de la nuque et des poignets ainsi que de dos. De plus, suivi par un psychologue-psychothérapeute »

Elle a invoqué que son incapacité de travail s'était poursuivie depuis le 26 novembre 2014 et qu'elle était suivie par son médecin traitant, par le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, et par X.\_\_\_\_\_, psychologue spécialiste en psychothérapie.

Par courrier du 13 juillet 2017, l'OAI a imparti à l'assurée un délai de 30 jours pour rendre plausible une éventuelle modification de son degré d'invalidité en produisant un rapport médical détaillé ou en apportant tout autre élément propre à constituer un motif de révision.

Dans un rapport du 10 août 2017 à l'OAI, le Dr M.\_\_\_\_\_ a indiqué que sa patiente souffrait d'une cervicobrachialgie gauche avec épaissement du ligament nuchal, d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), d'une tendinopathie du poignet droit chronique. Il a en outre précisé que l'intéressée présentait un épuisement psychophysique, que l'incapacité de travail était de 100 % dans toutes les activités et que le pronostic était défavorable.

Par projet de décision du 19 octobre 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'il n'entendait pas entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations, au motif qu'elle n'avait pas rendu plausible une modification de l'état de fait depuis sa précédente demande de prestations, qui avait été rejetée par décision du 20 février 2017.

Le 8 novembre 2017, l'assurée a contesté ce projet de décision, arguant que son état de santé ne s'était pas amélioré et qu'elle n'avait pas la capacité de reprendre une activité professionnelle.

Par rapport du 11 décembre 2017, le Dr M.\_\_\_\_\_ a confirmé à l'OAI ses précédents diagnostics, ajoutant que sa patiente souffrait également de troubles statiques avec inversion de la courbure physiologique, d'insomnies et de céphalées. Il a spécifié que l'état de santé se dégradait de jour en jour et suggéré à l'OAI de revoir le projet de décision et de mettre en œuvre une autre expertise médicale.

Par décision du 20 décembre 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée, confirmant les termes de son projet de décision du 19 octobre 2017.

**B.** Par acte de recours du 18 janvier 2018, A.\_\_\_\_\_, a déféré la décision du 20 décembre 2017 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a implicitement conclu à l'annulation de la décision précitée, alléguant que son état de santé s'était dégradé.

Dans sa réponse du 6 mars 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse. Il a souligné qu'à l'appui de sa nouvelle demande, l'intéressée avait produit un rapport de son médecin traitant, soumis au SMR pour appréciation, et dont il ressortait qu'aucune péjoration n'était rendue plausible, faute de nouveaux éléments médicaux.

L'assurée, désormais représentée par Z.\_\_\_\_\_, a répliqué en date du 12 juin 2018, concluant à l'annulation de la décision attaquée et à son renvoi à l'OAI pour nouvelle instruction. Elle a produit un rapport du DrM.\_\_\_\_\_ du 25 mai 2018 indiquant, en sus des précédents rapports, un état dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) depuis 2016. L'assurée a fait valoir en particulier que l'OAI n'avait procédé à aucune investigation au sujet du trouble dépressif sévère, apparu en 2016, dans le cadre de la procédure ayant abouti à la première décision du 20 février 2017.

Dupliquant le 12 juillet 2018, l'OAI a confirmé ses conclusions. Il a estimé que les arguments développés par l'assurée, à nouveau soumis

au SMR pour avis, n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé de sa décision de refus d'entrer en matière (cf. avis du SMR du 26 juin 2018).

Dans ses déterminations du 13 août 2018, l'assurée a maintenu ses conclusions et ses moyens. Elle a en outre produit des rapports du Dr M. \_\_\_\_\_ datés des 10 août, 8 novembre, 11 décembre 2017 et 25 mai 2018.

### **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.** Le litige porte sur le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par la recourante le 12 juillet 2017, singulièrement sur la question de savoir si cette dernière a rendu plausible, eu égard aux pièces produites devant l'intimé, 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, datée du 20 février 2017.

**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. 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. Ces exigences permettent 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 et 117 V 198 consid. 4b ; TF 8C\_880/2017 du 22 juin 2018 consid. 3).

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\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). Cette exigence ne consiste toutefois pas à obliger l'assuré à apporter des preuves qui ne lui sont pas accessibles, mais de permettre à l'administration d'écarter des demandes excessives sans plus ample examen. Par ailleurs, « rendre plausible » ne doit pas être compris au sens de la preuve de la vraisemblance prépondérante telle qu'elle est souvent exigée en droit des assurances sociales. Il ne s'agit en effet pas ici d'apporter une « preuve complète » qu'un changement notable est intervenu dans l'état de fait depuis la dernière décision. Il suffit bien plutôt qu'il existe des indices à l'appui de ce changement et que le juge et l'administration puissent être convaincus que les faits allégués se sont vraisemblablement produits (Michel Valterio, Droit de l'assurance-veillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI),

Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3100 p. 840 s.). 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 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\_662/2014 du 23 avril 2015 consid. 4.2, TF 9C\_789/2012 précité consid. 2.2). On précisera encore que le fait que l'office prenne conseil auprès du SMR ne relève pas de la mesure d'instruction médicale et ne signifie pas que l'autorité entre en matière (TF 9C\_789/2012 précité consid. 3.2).

**b)** Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 2 RAI (procédure qui figurait auparavant à l'art. 87 al. 3 aRAI ; 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 (art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1<sup>er</sup> 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 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. Si cette procédure est respectée, le juge doit 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 9C\_789/2012 précité consid. 2.3 ; TF 8C\_880/2017 précité consid. 5.1).

**c)** Il découle de ce qui précède que, dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge 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 (TF 9C\_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3). Partant, les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre (TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 et les références citées).

**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 et 130 V 71 consid. 3.2).

**4. a)** En l'espèce, il suffit de se limiter à examiner, en vertu de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, si la recourante, dans ses démarches auprès de l'OAI à partir du 12 juillet 2017, a rendu plausible une modification de son invalidité, en particulier une aggravation de son état de santé susceptible de modifier son droit aux prestations d'invalidité. 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.

**b)** A l'appui de sa demande du 12 juillet 2017, la recourante a produit un rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ daté du 10 août 2017, listant les pathologies affectant sa patiente, soit une cervicobrachialgie gauche avec épaissement du ligament nuchal et une tendinopathie du poignet droit chronique et précisant que sa patiente présentait un épuisement psychophysique, que l'incapacité de travail était de 100 % dans toutes les activités et que le pronostic était défavorable. Ensuite du projet de décision du 19 octobre 2017, l'assurée a produit un nouveau rapport de son médecin traitant daté du 11 décembre 2017 dans lequel il confirmait ses précédents diagnostics, ajoutant que sa patiente souffrait aussi de troubles statiques avec inversion de la courbure physiologique, d'insomnies et de céphalées, et spécifiant que l'état de santé se dégradait de jour en jour.

Or, il ne ressort pas de ces rapports que la recourante aurait présenté une aggravation de ses troubles physiques depuis la décision du 20 février 2017. Sur le plan somatique, et contrairement à ce qu'invoque cette dernière, les diagnostics de cervicobrachialgie, de tendinopathie, de troubles statiques avec inversion de la courbure physiologique, d'épuisement, d'insomnies et de céphalées - qu'il ne s'agit au demeurant pas de nier ou de minimiser - se recoupent avec ceux déjà retenus à l'appui de la décision du 20 février 2017 et rapportés par le Dr J. \_\_\_\_\_ à la suite de son examen rhumatologique. Par ailleurs, les rapports du Dr M. \_\_\_\_\_ des 10 août 2017 et 11 décembre 2017, présentés sous forme de liste, ne sont pas étayés et ne contiennent aucune explication ni justification de l'évolution de l'état de santé de la recourante.

Le Dr M. \_\_\_\_\_ a mentionné à réitérées reprises (cf. notamment rapports des 27 mai 2015 et 8 octobre 2015, 10 août et 11 décembre 2017 et 25 mai 2018) une atteinte psychique en la désignant sous son code CIM (Classification internationale des maladies) sous F32.2 (épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques).

Dans le cadre de la première demande, le volet psychiatrique n'a pas fait l'objet d'investigations particulières. Le Dr J. \_\_\_\_\_ avait

relevé que le diagnostic émanait du Dr M.\_\_\_\_\_, médecin traitant, ce qui rendait son appréciation délicate. Il ressort de la première instruction qu'aucun traitement thérapeutique ou médicamenteux n'était mentionné dans les rapports du médecin traitant, ni même préconisé. De plus, l'assurée ne s'était pas prévalu de cette atteinte en cours d'instruction, y compris dans la phase postérieure au projet de décision du 8 décembre 2016 où elle était pourtant représentée par un conseil.

Les documents médicaux produits dans le cadre de la seconde procédure administrative ne renseignent pas plus amplement sur l'état dépressif de l'assurée. Il n'est pas possible d'établir si l'intervention de la psychologue X.\_\_\_\_\_ afin de soulager des douleurs chroniques, simplement mentionnée dans la nouvelle demande du 12 juillet 2017, répond à une aggravation de l'état de santé psychique de la recourante ou s'il s'agit du traitement recommandé par le Dr W.\_\_\_\_\_, mentionné par le Dr J.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 2 novembre 2016. Au demeurant, la prise en charge par la psychologue est destinée à soulager les douleurs chroniques, soit les atteintes physiques, et n'apparaît donc pas comme prioritairement axée sur le traitement d'un état dépressif. Cela étant, il ne saurait être déduit de la seule intervention de cette psychologue une quelconque modification de l'état de santé psychique de la recourante. *A fortiori*, compte tenu de la brièveté du délai entre la décision du 20 février 2017 et la « nouvelle demande » du 5 avril 2017, l'OAI pouvait considérer que les documents fournis par la recourante - y compris après interpellation - étaient insuffisants pour justifier le caractère plausible des allégations de celle-ci.

L'aggravation de l'état de santé n'étant pas étayée, la recourante ne rend pas plausible qu'elle soit limitée de quelque façon que ce soit dans l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

On relèvera que selon la jurisprudence susmentionnée, les rapports du médecin traitant daté du 25 mai 2018 et de la Dresse B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, daté du 9 avril

2018, tous deux produits ultérieurement au prononcé de la décision attaquée, ne peuvent pas être pris en considération (cf. consid. 3c). Au demeurant, ces deux rapports ne sont d'aucun secours à la recourante. Force est de constater que le Dr M. \_\_\_\_\_ indique dans son rapport du 25 mai 2018 que sa patiente est atteinte un trouble dépressif récurrent, épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), depuis 2016, soit antérieurement au prononcé de la décision entrée en force du 20 février 2017, de sorte qu'il ne s'agit en apparence pas d'une nouvelle pathologie. Dans son rapport du 9 avril 2018 la Dresse B. \_\_\_\_\_ ne confirme ni l'existence ni l'aggravation des troubles décelés par le médecin traitant, indiquant la nécessité d'une aide à la réinsertion professionnelle, ce qui - contrairement à ce que la recourante allègue - sous-entend une aptitude à exercer une activité adaptée.

**c)** Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a considéré que la recourante n'avait pas établi de façon plausible une modification de la situation propre à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité, et qu'il n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations.

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

**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. 1<sup>bis</sup>, première phrase, LAI). Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup>, deuxième phrase, LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

**c)** Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 20 décembre 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 A.\_\_\_\_\_.
  
- 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 :

- Z.\_\_\_\_\_ (pour A.\_\_\_\_\_),
- 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 :