

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 septembre 2020

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
Mmes Brélaz Braillard et Dessaux, juges  
Greffière : Mme Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**O.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Muriel Vautier, avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 87 al. 2 et 3 RAI.**

**E n f a i t :**

**A.** O. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante kosovare née en 1971, sans formation professionnelle, mariée et mère de famille, est arrivée en Suisse en 1990 ou 1992 selon les versions, alternant dès lors entre des périodes d'inactivité et des périodes d'emploi. Le 17 août 1999, l'intéressée s'est fracturé les deuxième et cinquième métacarpes de la main droite.

Le 28 février 2006, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité faisant état de douleurs somatoformes, dépression et anxiété. Elle a ultérieurement précisé que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100 % depuis 1999 (formulaire 531bis du 10 avril 2006).

Par rapport du 10 avril 2006, la Dre K. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitante, a retenu les diagnostics incapacitants de trouble somatoforme douloureux chronique ou syndrome douloureux médicalement inexpliqué depuis 1999, ainsi que de dépression majeure avec troubles d'anxiété. Elle a en particulier précisé que dans les suites de l'accident subi en 1999, l'assurée avait développé des douleurs paravertébrales avec progressivement un état dépressif.

Aux termes d'un rapport du 21 août 2006, les Drs E. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin assistante à l'Unité [...] (ci-après : U. \_\_\_\_\_), ont posé les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de trouble panique et épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Ils ont par ailleurs fait mention d'une incapacité de travail de 100 % depuis avril 2005, puis de 30 à 40 % depuis août 2006.

Sur mandat de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), l'assurée a fait l'objet d'une expertise psychiatrique réalisée par la Dre Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 16 mars

2008, cette dernière a retenu les diagnostics de syndrome somatoforme douloureux persistant, d'état dépressif sévère et de trouble panique, ces atteintes - présentes depuis 2003 - rendant toute activité professionnelle impossible.

Par rapport du 22 octobre 2008, le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin adjoint à l'U.\_\_\_\_\_, et la Dre S.\_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics incapacitants de trouble panique, dysthymie avec par moment double dépression dans le sens d'un épisode dépressif moyen, trouble de la personnalité mixte avec traits anxieux, dépendants et paranoïaques, et syndrome douloureux somatoforme persistant - l'ensemble des atteintes remontant à 2003. Ils ont indiqué que la capacité de travail était de 20 à 30 % au maximum, respectivement que l'incapacité de travail demeurait inchangée depuis leur dernier rapport. Après un entretien téléphonique du 5 février 2009 avec le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), la Dre S.\_\_\_\_\_ a précisé, dans une note manuscrite non datée, que la capacité de travail était de 0 % en avril 2005, 60 % au maximum en août 2006 et 30 % au maximum actuellement.

D'un rapport d'enquête économique sur le ménage du 21 septembre 2010, il est notamment ressorti que l'assurée présentait un statut de 100 % active et qu'elle travaillait à environ 36 % en tant qu'employée polyvalente dans la restauration. L'employeur concerné a ultérieurement indiqué, les 14 décembre 2010 et 22 février 2011, que l'intéressée était employée depuis avril 2008 à raison de deux heures et demi par jour, cinq jours par semaine. L'assurée mettra fin à cette activité au début de l'année 2011, pour ensuite la reprendre, par intermittence, jusqu'en mai 2013.

Considérant que le dossier contenait des incertitudes, l'OAI a mandaté expert le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Après avoir examiné l'assurée avec le concours d'un interprète, l'expert C.\_\_\_\_\_ a fait part de ses conclusions dans un rapport du 13 décembre 2011. Il a notamment exposé que l'appréciation de la Dre Q.\_\_\_\_\_ comme celle des médecins du Centre [...] [recte :

l'U.\_\_\_\_\_] ne pouvaient être suivies. A cet égard, il a constaté que ces praticiens avaient adopté la vision de l'expertisée, que l'on ignorait dans quelle mesure ils avaient tenu compte des appréciations somatiques et du décalage observé entre les niveaux objectif et subjectif, que la fréquence des troubles paniques et leur intensité n'avaient jamais été précisées et que les descriptions cliniques étaient minoritaires par rapport aux évocations subjectives, avec l'impression que le côté dysphorique et plaintif avait été perçu comme un état dépressif. Pour le reste, le Dr C.\_\_\_\_\_ a en particulier retenu ce qui suit :

"[...]

Nous avons fait ici l'analyse des atteintes évoquées par ses médecins. Ce qui semble avoir échappé à ces derniers est le fait que l'assurée ait repris une activité professionnelle en avril 2008. Les documents et explications sont ici sans équivoque : Elle a tous les jours été active à raison de deux heures et demie [sic] dans une cafétéria étudiante. Ceci évoque plusieurs choses :

- L'utilisation de sa main droite n'a apparemment plus posé de problème majeur[.]
- Elle était tout à fait apte à sortir de sa maison, se déplacer, de revenir et de faire face à des personnes inconnues jusqu'ici. Ceci invalide les notions d'un trouble panique de grande importance, voire de phobie sociale.
- Il s'agit d'un constat de principe ; en dehors des heures effectivement assumées, cette réalité a confirmé une exigibilité sur le plan physique et psychique.

Nous ne savons pas pour quelle raison exactement l'assurée s'est arrêtée au début 2011, subjectivement elle a évoqué de la fatigue, mais il pourrait s'agir aussi de facteurs exogènes. Quoi qu'il en soit, notre examen du jour a bien montré qu'elle n'est pas du tout dans un état psychique / psychiatrique atteinte [sic], dans sa langue maternelle elle était fluide, d'une voix normale, affirmée, sans troubles cognitifs et comme mentionné dans une affectivité stable et euthymique. Elle était défensive, passive et peu encline [à] parler du concret de sa vie de tous les jours et de certains détails. Ainsi se confirme pour nous aussi l'impression de la présence d'un processus d'invalidation [...].

#### **VIII. Diagnostic et conclusions :**

Avec l'ensemble des éléments discutés, ainsi que nos analyses effectuées et après pondération de tous les éléments, nous retenons sur le plan diagnostic psychiatrique actuellement

1. **Syndrome douloureux somatoforme existant sans comorbidité psychiatrique importante** (F45.4 CIM10),
2. **Trouble anxieux et dépressif mixte d'intensité légère** (F41.2 CIM10),
3. **Neurasthénie** (F48.0 CIM10),

#### 4. **Processus d'invalidation** (F68.0 CIM10).

L'atteinte psychique proprement dit[e] est légère et bien compensée et de plus contrebalancée par de nombreux facteurs extra-médicaux et le 4<sup>ème</sup> diagnostic. En conséquence, il n'existe pour nous et aujourd'hui aucune incapacité de travail ni diminution de rendement sur le plan psychiatrique. Pour ce qui concerne le passé, ni les constats à partir de l'année 1999, ni les expertises, ni le rapport d'hospitalisation, ni les rapports des médecins psychiatres ne sont convaincants pour permettre de retenir une incapacité de travail importante. Il est possible que, par périodes, l'assurée était affectée, notamment dans le sens anxieux, mais nous ne pensons pas que cette problématique ait conduit à une incapacité de travail de plus de 50% et pas plus de trois mois [d']affilé[e]."

Par décision du 25 avril 2012, confirmant un projet du 30 janvier 2012, l'OAI a dénié le droit de l'assurée à des prestations d'assurance au motif que l'intéressée ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante.

**B.** En date du 4 juin 2014, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations pour cause de maladie chronique, dépression et crise d'angoisse. Elle a ultérieurement confirmé qu'elle aurait travaillé à 100 % en bonne santé (questionnaire 531bis du 15 décembre 2014).

Par rapport du 26 novembre 2014, les Drs X.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, respectivement médecin associé et médecin assistant au Centre [...] (ci-après : CC.\_\_\_\_\_), ont retenu les atteintes avec impact sur la capacité de travail de trouble panique, dysthymie avec épisode dépressif moyen, trouble de la personnalité mixte avec traits anxieux, dépendant et paranoïaque, et syndrome douloureux somatoforme persistant. Ils ont estimé que l'activité habituelle était encore exigible à 40 % moyennant un temps d'adaptation et d'éventuelles mesures d'aide au placement, respectivement qu'une activité professionnelle serait possible à un taux de 30 à 40 % en cas d'amélioration de la symptomatologie.

Par avis médical du 4 février 2015, les Drs G.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_, du SMR, ont notamment estimé que sur le plan psychique, les médecins du CC.\_\_\_\_\_ n'apportaient aucun élément justifiant de

s'écarter de l'expertise du Dr C.\_\_\_\_\_. Sur le plan somatique, ils ont préconisé un examen clinique rhumatologique.

Le 22 avril 2015, l'assurée a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique effectué par le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, du SMR. Dans son rapport du 27 avril 2015, ce médecin a exposé ce qui suit :

### **"Status ostéoarticulaire**

[...]

Les articulations périphériques ne présentent pas de signes inflammatoires. Les points douloureux spécifiques de fibromyalgie sont à 17/18, avec des douleurs qui débordent largement de ces points douloureux.

[...]

### **DIAGNOSTICS**

**- avec répercussion durable sur la capacité de travail**

- **AUCUN SUR LE PLAN OSTÉOARTICULAIRE.**

**- sans répercussion sur la capacité de travail**

### **DOULEURS CHRONIQUES IRRÉDUCTIBLES. R52.1.**

**STATUS APRÈS FRACTURE DU 2<sup>ÈME</sup> ET 5<sup>ÈME</sup> MÉTACARPIEN DE LA MAIN D.**

**STATUS APRÈS FRACTURE DE LA BASE DU 5<sup>ÈME</sup> MÉTATARSIEN DU PIED G.**

### **APPRÉCIATION DU CAS**

Lors de l'examen de ce jour, l'assurée signale un manque de force de la main D, et des douleurs au dos du poignet jusqu'aux 5 doigts depuis une fracture de la main survenue en 1999. La douleur est fluctuante. Elle apparaît lorsque l'assurée effectue des activités de ménage. La douleur peut monter jusque dans l'épaule D.

L'assurée mentionne une douleur de toute la cheville et de l'ensemble du pied G, depuis une fracture du pied survenue en octobre 2013. A la marche, la douleur du pied provoque une boiterie. La douleur est plus forte la nuit. Lors des changements de temps, des douleurs apparaissent dans les 2 jambes, des genoux jusqu'aux pieds.

A l'examen clinique, la marche s'effectue sans boiterie. La marche sur la pointe des pieds et les talons est réussie. Les changements de position assis/debout/coucher se déroulent rapidement. La position assise est bien tolérée. La mobilité du rachis, bien que douloureuse au niveau de la jonction cervicodorsale et lombaire bas, est bonne dans tous les axes. Les amplitudes des articulations périphériques sont conservées ; leur mobilisation déclenche fréquemment des douleurs localisées souvent à distance des articulations. Les

articulations ne présentent pas de signes inflammatoires. Il n'y a pas non plus de signes dystrophiques pouvant évoquer une algoneurodystrophie. Malgré des douleurs palpatoires diffuses, touchant la ceinture scapulaire, les MS [membres supérieurs], les mollets, la cheville et le pied G, la gestuelle spontanée est libre.

Les radiographies du pied G montrent une évolution favorable de la fracture de la base du 5<sup>ème</sup> MT G. La consolidation de la fracture est bonne sur les clichés du 18.12.2013.

Concernant la fracture de la main D survenue en 1999, il ne subsiste que des plaintes subjectives sous la forme de douleurs qui débordent largement du site des fractures. Après cette fracture de la main D, l'assurée a pu travailler au réfectoire d'une école secondaire pendant plusieurs années. Il n'y a pas lieu de retenir d'incapacité de travail (IT) pour cette fracture guérie depuis de nombreuses années.

Concernant la fracture de la base du 5<sup>ème</sup> MT du pied G, le traitement a été conservateur (cf[.] rapport [...] du 18.10.2013). Cette fracture a évolué sans complication ; il n'y a pas eu de retard de consolidation, pas de déplacement secondaire de la fracture, pas d'algoneurodystrophie. Dans le cadre d'une fracture du 5<sup>ème</sup> MT d'évolution normale, il n'y a pas lieu de retenir une IT au-delà de 3 mois dans une activité exposant le pied à des contraintes mécaniques, telle qu'une position debout prolongée.

Le Dr K. \_\_\_\_\_, médecin traitant, confirme que les douleurs résiduelles du pied ne sont pas en rapport avec la fracture, mais sont à considérer dans le cadre de douleurs somatoformes liées à un état dépressif (cf[.] rapport du 05.09.2014). Il précise qu'il n'a pas fait d'arrêt de travail sur le plan somatique. Il n'y a effectivement pas lieu de retenir des limitations fonctionnelles au-delà de 3 mois après la fracture sur le plan ostéoarticulaire.

Malgré des douleurs diffuses, l'examen clinique est rassurant. La mobilité articulaire est bonne. Il n'y a pas de signe d'atteinte inflammatoire ni de déformation articulaire. Les douleurs diffuses sont à rattacher au trouble somatoforme douloureux chronique. Elles ne justifient pas des mesures de protection articulaire. Bien au contraire, l'assurée doit être encouragée à se mobiliser davantage.

En conclusion, il n'y a pas lieu de retenir une IT durable sur le plan ostéoarticulaire

### ***Limitations fonctionnelles***

Il n'y a pas de limitations fonctionnelles sur le plan ostéoarticulaire.

### ***Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?***

Il y a une IT de 100% dans toute activité depuis la survenue de la fracture du 5<sup>ème</sup> MT G, c'est-à-dire depuis le 18.10.2013.

### ***Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?***

Il n'y a pas lieu de retenir une IT 3 mois après la fracture.

**Concernant la capacité de travail exigible**, elle est déterminée par la bonne consolidation des fractures de la main D et du pied G. La bonne mobilité articulaire, la gestuelle spontanée libre permettent de maintenir une capacité de travail totale.

#### **CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE**

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 100%

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100%  
18.01.2014."

DEPUIS LE :

Par décision du 13 juillet 2015, confirmant un projet du 3 juin 2015, l'OAI a refusé l'octroi de prestations à l'assurée. Au niveau somatique, l'office a considéré que l'intéressée, après avoir présenté une incapacité de travail durant moins d'une année, avait récupéré une pleine capacité de travail dans toute activité dès le 18 janvier 2014, soit trois mois après sa fracture du pied gauche. Sous l'angle psychique, l'OAI a observé que les éléments médicaux au dossier ne permettaient pas de conclure à une atteinte psychiatrique invalidante.

**C.** Le 27 décembre 2016, l'assurée a une nouvelle fois sollicité des prestations d'assurance, indiquant « *voir rapport médecins* » s'agissant de l'atteinte à la santé concernée.

A la suite d'un projet de décision de l'OAI du 9 mars 2017 refusant d'entrer en matière sur la nouvelle demande, l'office a réceptionné différents documents le 17 mai 2017, dont notamment :

- trois comptes-rendus établis par la Dre L.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ORL) et chirurgie cervico-faciale, faisant état d'une prise en charge depuis le mois de février 2013 pour des douleurs pharyngées diffuses chroniques d'origine mixte traitées par des moyens conservateurs (notamment anti-inflammatoires en réserve, sprays d'application locale [Echinamed, Deaftol], diminution voire arrêt du tabagisme), chez une patiente présentant un syndrome douloureux somatoforme, une cancérophobie, un tabagisme actif, un reflux gastro-œsophagien persistant sous traitement, une amygdalite chronique rétensive et kystique bénigne, ainsi que des cervicalgies récemment, sur

hernie discale aux dires de l'intéressée ; étaient de surcroît évoqués des antécédents de gastrite chronique à Helicobacter Pylori en 2011, de même qu'une situation familiale compliquée (rapports des 29 janvier 2015, 1<sup>er</sup> juin 2015 et 9 mai 2017) ;

- un rapport établi le 21 juillet 2015 par la Dre W.\_\_\_\_\_, spécialiste en gastroentérologie, évoquant diverses options thérapeutiques en lien avec une problématique de pyrosis, dyspepsie et météorisme abdominal dans le cadre d'une situation psycho-sociale complexe ;

- des résultats d'examens laboratoires du 24 juillet 2015, montrant que l'assurée ne présentait plus de signes d'Helicobacter Pylori ;

- un courriel du 26 septembre 2016 de la Dre K.\_\_\_\_\_ à la Dre L.\_\_\_\_\_, exposant que la patiente lui avait parlé d'une petite intervention au cou et déconseillant toute démarche en ce sens dans la mesure où les opérations passées avaient à chaque fois conduit à une aggravation des douleurs de l'intéressée, qui présentait une somatisation d'une pathologie intrapsychique résistant à tous les efforts.

Par décision du 2 juin 2017, l'OAI a confirmé son projet susdit.

L'intéressée a recouru le 30 juin 2017 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée. Dans ce contexte, ont en particulier été produits les documents suivants :

- un rapport de CT cérébral du 12 septembre 2012 du Dr D.\_\_\_\_\_, radiologue, évoquant un examen dans les limites de la norme ;

- un rapport du 6 juin 2017 du Dr V.\_\_\_\_\_, radiologue, faisant suite à une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale effectuée le 1<sup>er</sup> juin 2017 et signalant en particulier une malformation de Chiari 1, ainsi que de multiples anomalies de signal de la substance

blanche ne permettant pas d'exclure une maladie démyélinisante, laquelle devrait toutefois être corrélée sur les plans clinique et biologique ;

- un rapport de la Dre L.\_\_\_\_\_ du 20 juin 2017, mentionnant l'apparition un mois plus tôt d'un acouphène aigu et d'une autophonie de l'oreille gauche associés à des troubles de l'équilibre rotatoire, précisant que le déficit cochléovestibulaire gauche subaigu avait connu une bonne récupération partielle et une compensation sur le plan vestibulaire, mais relevant qu'il persistait par contre une surdité de perception sévère avec un acouphène, très difficile à supporter pour la patiente déjà fragilisée sur le plan psychologique, et évoquant la possibilité de requérir un avis neurologique si nécessaire ;

- un rapport du 28 juin 2017 du Dr J.\_\_\_\_\_, médecin praticien, signalant une maladie démyélinisante, une malformation de Chiari et une dépression sévère ;

- un compte-rendu de la Dre L.\_\_\_\_\_ du 24 août 2017, faisant mention d'une situation stationnaire, avec une très légère amélioration à l'audiogramme par rapport au mois de juin 2017, expliquant que les petites lésions cérébrales constatées à l'IRM n'étaient probablement pas à l'origine des troubles cochléovestibulaires, ce que confirmait un avis neurologique, et proposant une discussion quant à un appareillage de l'oreille gauche ;

- une attestation médicale du 30 novembre 2017 des Drs X.\_\_\_\_\_ et GG.\_\_\_\_\_, médecin assistante à l'U.\_\_\_\_\_, faisant état d'un suivi psychiatrique d'avril 2005 à janvier 2009 puis de mars 2010 à janvier 2011, d'une consultation unique en mars 2012 et d'une reprise de suivi en août 2017, avec une aggravation de l'état psychiatrique à cause d'une situation psychosociale difficile et précaire, l'époux étant menacé d'expulsion ;

- un rapport du 22 janvier 2018 de la Dre R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, diagnostiquant

une fibromyalgie, un syndrome myofascial cervical suite à des troubles dégénératifs, des cervicocéphalgies suite à des troubles dégénératifs cervicaux, ainsi qu'une dépression, et considérant que la patiente était très probablement inapte au travail compte tenu des cervicocéphalgies et de la fibromyalgie ;

- un rapport des Drs X.\_\_\_\_\_ et GG.\_\_\_\_\_ du 2 mai 2018, posant les diagnostics de syndrome somatoforme douloureux persistant, épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et trouble panique depuis 2003, laissant ouverte la question d'éventuels traits de personnalité du registre histrionique et soulignant que le pronostic dépendait beaucoup de la situation sociale de la famille ;

- une attestation de la Dre R.\_\_\_\_\_ du 3 mai 2018 relevant, d'une part, que l'IRM cérébrale du 1<sup>er</sup> juin 2017 montrait des anomalies de signes de la substance blanche à corrélérer avec la clinique et qu'une prise en charge neurologique était souhaitable compte de tenu de la malformation de Chiari 1 (qui pouvait aussi provoquer des maux de tête et une cervicalgie) et observant, d'autre part, que l'IRM cervicale du 30 janvier 2017 montrait des discopathies dégénératives C3-C4 à C6-C7 et de petites protrusions discales médianes de C3-C4 à C5-C6, ainsi qu'un rétrécissement foraminaux gauche C4-C5 et C5-C6.

Par arrêt du 20 juillet 2018 (AI 211/17 - 223/2018), la juridiction cantonale a rejeté le recours de l'assurée. A titre préalable, elle a précisé que les pièces déposées postérieurement au prononcé de la décision litigieuse ne pouvaient pas être prises en considération pour trancher le litige. Cela posé, le tribunal a considéré que, dans ses démarches devant l'OAI suite à la nouvelle demande de prestations introduite le 27 décembre 2016, l'intéressée n'avait pas établi de façon plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision de refus de prestations entrée en force.

**D.** L'intéressée a déposé une nouvelle demande le 8 octobre 2018, sans indication quant au type d'atteinte visé. Dans ce

contexte, elle a transmis une nouvelle copie des rapports susmentionnés des 6 juin 2017, 24 août 2017, 30 novembre 2017, 22 janvier 2018 et 3 mai 2018. Elle a de surcroît produits les documents suivants :

- une attestation médicale rédigée le 2 octobre 2017 par les Drs Y.\_\_\_\_\_ (cheffe de clinique à l'U.\_\_\_\_\_) et GG.\_\_\_\_\_, exposant que la patiente était suivie à l'U.\_\_\_\_\_ et que, selon ses dires, elle présentait des angoisses massives et des crises de panique nécessitant un accompagnement permanent, étant relevé que la pathologie en cause pouvait engendrer une situation analogue ;

- un rapport du 23 novembre 2017 de la Dre L.\_\_\_\_\_, faisant état de douleurs pharyngées chroniques d'origine mixte (reflux, tabac, amygdalite), présentes de longue date, et signalant une brusque perte de l'audition et de l'équilibre de l'oreille gauche (déficit cochléovestibulaire gauche) début 2017, probablement d'origine virale, induisant une perte d'audition de 50 % à gauche et un acouphène continu perturbateur ;

- un certificat médical établi le 4 septembre 2018 par la Dre L.\_\_\_\_\_, mentionnant une opération des amygdales le 29 août 2018 et signalant des douleurs pharyngées chroniques d'origine mixte, un déficit cochléovestibulaire à gauche avec une surdité de perception de degré sévère et une notion de hernie cervicale avec malformation de Chiari de type I ;

- une attestation émise le 11 septembre 2018 par les Drs X.\_\_\_\_\_ et GG.\_\_\_\_\_, indiquant que le suivi avait repris en août 2017 en raison d'un état anxio-dépressif et que le pronostic restait réservé et dépendait beaucoup de la situation sociale de la famille (sous le coup d'une menace d'expulsion au Kosovo, où l'accès aux soins serait difficile au niveau financier et l'aide sociale restreinte).

Par avis SMR du 6 novembre 2018, le Dr G.\_\_\_\_\_ a estimé qu'il n'existait pas d'éléments probants permettant de conclure à la présence de troubles psychiatriques incapacitants. Il a rappelé que le

syndrome douloureux somatoforme évoqué dans le rapport du 11 septembre 2018 de l'U.\_\_\_\_\_ n'avait pas été considéré comme incapacitant par le SMR et le Dr C.\_\_\_\_\_ ; l'expert n'avait pas non plus validé l'existence d'un trouble panique présent depuis 2003. A cela s'ajoutait que les critères majeurs de la dépression n'étaient pas mentionnés dans le rapport précité et que ce document ne faisait pas non plus état d'un monitoring ou d'une adaptation de traitement « *lege artis* ». Le Dr G.\_\_\_\_\_ a par ailleurs souligné l'absence d'hospitalisation, ou de proposition d'hospitalisation, malgré une atteinte qualifiée de grave.

Le 7 novembre 2018, l'OAI a établi un projet de décision dans le sens d'un refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée, faute de modification notable du point de vue de la situation médicale ou professionnelle.

Par certificat du 4 décembre 2018, la chiropraticienne N.\_\_\_\_\_ a fait mention d'une malformation de Chiari susceptible de provoquer des parésies à la jambe et à la main gauches, de l'incontinence, ainsi que des maux de tête.

Aux termes d'un rapport du 10 décembre 2018, le Dr J.\_\_\_\_\_ a souligné que la patiente avait bénéficié d'un traitement de physiothérapie sans amélioration de son état de santé et qu'un soutien psychologique lui était dispensé pour son état dépressif (F32.2). En annexe, le Dr J.\_\_\_\_\_ a joint un rapport du 30 novembre 2018 de la radiologue PP.\_\_\_\_\_ consécutif à une IRM de la colonne lombaire et des articulations sacro-iliaques dans un contexte de suspicion de hernie discale, concluant à des signes inflammatoires péri-facettaires au niveau L4-L5 et de l'articulation sacro-iliaque gauche du versant sacré, ainsi qu'au bord inférieur de la vertèbre L1 et, pour le surplus, relevant l'absence de pathologie discale ou vertébrale.

Sur interpellation de l'OAI, l'assurée a indiqué, le 29 janvier 2019, vouloir contester le projet de décision dont elle avait fait l'objet.

Par avis du 17 avril 2019, le Dr F.\_\_\_\_\_, du SMR, s'est déterminé comme suit :

"Du point de vue psychiatrique, le RM du MT D[r] J.\_\_\_\_\_ (GED 10/12/2018) n'apporte aucun élément nouveau par rapport au RM de psychiatrie (GED 17/10/2018), il ne fait que reprendre les diagnostics.

Concernant l'IRM de la colonne lombaire et des articulations sacro-iliaques du 30/11/2018 (GED 22/01/2019), il a été demandé dans le cadre d'une suspicion d'hernie discale et [...] le résultat est l'absence de pathologie discale ou vertébrale. Concernant les signes inflammatoires péri facettaires L4-L5 il s'agit d'arthrose facettaire débutante de découverte fortuite. Concernant la mise en évidence fortuite d'un signal hyperintense T2 avec prise de contact de l'articulation sacro-iliaque gauche, il ne s'agit que d'une interprétation radiologique non en lien avec la clinique d'une hernie discale.

Concernant le suivi ORL (GED 17/10/2018), la situation est stationnaire avec un suivi trimestriel depuis 2013.

Concernant l'IRM cérébrale de 01/06/2017, un avis neurologique a dû être demandé puisqu'il est évoqué dans le RM ORL du 24/08/2017 (GED17/10/2018), indiquant : « *le rapport du neurologue qui confirme que les petites lésions cérébrales remarquées à l'IRM ne sont probablement pas à l'origine des troubles cochléovestibulaires.* »

Concernant les troubles psychiatriques décrits dans le RM psychiatrique (GED 17/10/2018), c'est-à-dire le syndrome somatoforme douloureux, l'épisode dépressif et le trouble panique, ils étaient déjà retenus lors de l'expertise du Dr C.\_\_\_\_\_ (GED 13/12/2011) en page 23 avec une discussion détaillée (page 16 à 23) expliquant sa position par rapport au psychiatre traitant et à l'expertise précédente, la neurasthénie avait également été retenue et l'ensemble de ces diagnostics a été jugé non incapacitant.

Le Dr X.\_\_\_\_\_ dans le dernier RM psychiatrique du 11/09/2018 (GED 17/10/2018) indique clairement : « *son état psychiatrique s'est aggravé à cause d'une situation psychosociale difficile précaire avec menace d'expulsion* », « *le pronostic est réservé et dépend beaucoup de la situation sociale de la famille* », l'ensemble de ces éléments sont de l'ordre du psycho-social qui sont des facteurs extérieurs au champs de l'AI.

### **Conclusion**

Les derniers éléments médicaux transmis ne sont pas de nature à modifier les conclusions de l'avis SMR du 07/11/2018."

Par décision du 8 mai 2019, l'OAI a confirmé son projet du 7 novembre 2018, dont il a repris la motivation.

**E.** Agissant par l'entremise de son conseil, O.\_\_\_\_\_ a recouru le 11 juin 2019 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. A titre préalable, la recourante sollicite le bénéfice de l'assistance judiciaire. Sur le fond, l'intéressée reproche à l'OAI d'avoir négligé la péjoration de son état de santé en relation avec ses troubles rhumatologiques (fibromyalgie, cervicocéphalgies et malformation de Chiari 1), ainsi que l'incapacité de travail causée par ces atteintes. Elle invoque également un manque d'instruction médicale en lien avec les anomalies de la substance blanche révélées par l'IRM du 6 juin 2017, au vu desquelles une maladie démyélinisante ne pouvait être exclue. Elle estime de surcroît que ses troubles ORL (surdité de perception sévère et acouphène) ont été ignorés et ajoute que la mise en œuvre du suivi neurologique préconisé par la Dre R.\_\_\_\_\_ n'est pas établie. Cela étant, elle estime que l'OAI aurait d  clarifier l'impact des troubles susmentionnés sur sa santé et sa capacité de travail et évaluer, avec le concours du SMR, la nécessité de mettre en œuvre une expertise médicale approfondie. Pour étayer ses dires, la recourante a produit notamment un rapport du 5 mars 2019 du Dr RR.\_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie, médecine interne, médecine intensive et médecine d'urgence, posant le diagnostic de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) GOLD IB avec dyspnée d'effort aussi secondaire à un excès pondéral et à l'absence d'activité physique, le Dr RR.\_\_\_\_\_ soulignant en particulier que la spirométrie montrait un syndrome obstructif de degré léger, une capacité de diffusion du monoxyde de carbone (DLCO)   la limite inférieure de la norme et une capacité pulmonaire totale par dilution normale, et que la patiente avait été invitée à reprendre une activité physique un peu plus régulière.

Par réponse du 10 juillet 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'OAI se réfère pour l'essentiel aux avis SMR des 6 novembre 2018 et 17 avril 2019 et relève, par ailleurs, que le rapport du 5 mars 2019 du Dr RR.\_\_\_\_\_ n'a pas à être pris en considération dans le présent contexte. Pour le surplus, l'office renvoie à un avis médical non

daté établi par les Drs F. \_\_\_\_\_ et NN. \_\_\_\_\_, du SMR, dont on extrait ce qui suit :

"Après avoir pris connaissance des pièces médicales de l'acte de recours de l'assurée du 17/06/2019, du 30/06/2017 et de la réplique du 20/09/2017, nous n'avons pas d'éléments pour modifier notre appréciation médicale par rapport à notre avis SMR GED 17/04/2019 ; notamment la consultation pneumologique du 5 mars 2019 (GED17/06/2019 p 72) qui indique une BPCO GOLD IB avec dyspnée d'effort secondaire à un excès pondéral et l'absence d'activité physique avec une capacité pulmonaire normale."

Par décision du 11 juillet 2019, la juge instructrice a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire, avec effet au 11 juin 2019 et l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Muriel Vautier.

Par réplique du 30 septembre 2019, la recourante reproche à l'OAI de ne pas tenir compte des pièces médicales produites à l'appui de son recours, alors même qu'il arrive très fréquemment qu'il faille attendre plus plusieurs mois avant d'obtenir un rapport médical confirmant une aggravation de l'état de santé. Elle fait également valoir que l'office n'a pas davantage pris en considération les documents produits avec le recours du 30 juin 2017. Elle se prévaut par ailleurs des documents suivants :

- un rapport du 31 juillet 2019 de la Dre R. \_\_\_\_\_, faisant notamment état de ce qui suit [sic]:

"[...]

## **2. Diagnostics**

Fibromyalgie

Syndrome myofasciale cervicale suite à des troubles dégénératives (rétrécissement foraminal gauches C4-C5 et C5-C6 // Discopathie dégénératives)

Cervicocephalgies suite à des troubles dégénératives

Lombosciatalgie à G non radriculaire avec une infiltration perifacettaire L4-L5 gauche le 15.03.2019 sans effet

Anamnèse de dépression

Possible Phenomen de Raynaud, d'ANA négative

Malformation de chiavi 1

Epigastralgie et nausée sous IPP, troubles fonctionnels, OGD normale le 30.01.2019

Douleurs ATM G le 10.07.2019, antérieur knee pain  
BPCO GOLD IB avec dyspnée suite excès de poids et absence  
d'activité physique [...]

### **Evolution de l'état de santé et pronostic**

[...]

### **3 Avez-vous observé une péjoration de son état de santé ? Si oui, depuis quand ?**

Nouveau syndrome lombospondylose à G depuis environ nov/déc  
2018. Nouveau sont aussi les douleurs au ATM G le 10.07.2019

En général l'état de santé de ma patiente est inchangé

### **4 Présente-t-elle un trouble rhumatologique de la santé ayant des répercussions sur sa capacité de travail dans son activité habituelle**

[...] Dans l'activité habituelle exercée jusqu'ici, Mme O. \_\_\_\_\_ souffre probablement de douleurs généralisées. Selon ses dires ses douleurs ont une intensité de 6-7 et provoquent des vomissements. Elle a aussi un sciatalgie non radiculaire lombaire à G (nov 2018)

Elle a un rétrécissement foraminaux gauche cervicale C4-C5 et C5-C6 et des autres troubles dégénératives au niveau des cervicales.

[...]

A) Pour la fibromyalgie (douleurs généralisé) depuis je l'ai rencontré le 17.01.2018 et déjà avant. Le degré est difficile à estimer, car s'est subjectif. Elle se plaint de douleurs Entre 6-7 sur une échelle de 10. Et comme elle doit vomir tous les jours, l'incapacité de travail est 100%

C) Les rétrécissements foraminaux sont décrit depuis le 30.01.2017. En cuisine, elle ne pouvait plus travailler depuis le 30.01.2017. Elle pouvait travailler avec des limitations fonctionnelles.

B) Les douleurs lombaires ont augmenté environ novembre/décembre 2018. L'IRM du 30.11.2018 montre des inflammations des facettes L4/L5 et de l'articulation sacro-iliaque. [...] Elle pourrait travailler avec des limitations fonctionnelles, mais elle n'arrive plus à cuisiner.

### **4.2 Aurait-elle une capacité de travail dans une activité adaptée ? Si oui, merci de préciser les limitations que devrait respecter une telle activité. [...]**

Limitations fonctionnelles : elle ne pourra pas faire flexions, extensions, rotation de la colonne cervicale. Elle ne peut que regarder droit avant et sans flexions de la colonne lombaire. Porte de charge max 7.5kg. Elle pourrait travailler 50% depuis le 30.01.2017

**4.2.2 Y a-t-il une diminution de rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?**

Pour 50% de CT non, mais avec des limitations fonctionnelles. Pour sa fibromyalgie je pense qu'il faudra une incapacité à 100% et le point b et c le rendement n'est pas diminué.

[...]"

- un rapport du 20 septembre 2019 des Drs BB.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et GG.\_\_\_\_\_ du Centre TT.\_\_\_\_\_, exposant que la patiente était suivie depuis août 2017 pour un état anxio-dépressif, qu'une aggravation de l'état physique et d'un état polypathologique était intervenue « *depuis ces derniers temps* » et que l'état de l'intéressée demeurait toutefois globalement stable, les diagnostics posés consistant en un syndrome somatoforme douloureux persistant (retenu en raison des multiples plaintes psychosomatiques), un épisode dépressif moyen et un trouble panique.

Dupliquant le 21 octobre 2019, l'intimé maintient sa position. L'office souligne en particulier que les pièces produites le 30 septembre 2019 ne pourront être examinées que dans le cadre d'une nouvelle demande.

## **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 ; BLV 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 point de savoir si l'office intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande du 8 octobre 2018. Il s'agit plus particulièrement d'examiner si la recourante a rendu plausible une modification de son état de santé et si les pièces proposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier par l'OAI.

**3. a)** Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 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 depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3).

Par dernier examen matériel du droit à la rente, il faut entendre la dernière décision entrée en force rendue avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71).

**b)** Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPG), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). 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 autre investigation par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

**c)** Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, 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. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

**4.** En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par la recourante le 8 octobre 2018. Le pouvoir d'examen de la Cour de céans est donc limité au point de savoir si

l'intéressée, dans ses démarches auprès de l'OAI jusqu'à la date de la décision attaquée, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis la dernière décision entrée en force.

**a)** A titre préalable, il convient de préciser que les rapports médicaux produits devant la juridiction cantonale – soit le rapport du 5 mars 2019 du Dr RR.\_\_\_\_\_, celui du 31 juillet 2019 de la Dre R.\_\_\_\_\_ et celui du 20 septembre 2019 des Drs BB.\_\_\_\_\_ et GG.\_\_\_\_\_ – ne peuvent pas être pris en considération pour trancher le présent litige. Ces pièces ont en effet été communiquées au stade de la procédure judiciaire ouverte ceans, autrement dit postérieurement au prononcé de la décision litigieuse. Or, lorsque le tribunal est saisi dans le cadre d'une procédure de non entrée en matière sur une nouvelle demande, il lui incombe uniquement d'examiner si les pièces déposées en procédure administrative devant l'OAI justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (cf. consid. 3c *supra*).

Peu importe, à cet égard, l'argument de la recourante selon lequel l'obtention d'un rapport médical étayant une aggravation de l'état de santé pourrait prendre plusieurs mois (cf. réplique du 30 septembre 2019 p. 3). En effet, même à admettre une telle argumentation, il n'en demeure pas moins loisible à la personne assurée d'informer l'OAI de la production à venir d'un tel rapport afin que l'office sursoie à sa décision ou, dans le cas inverse, de requérir une nouvelle décision une fois le rapport établi. Les spécificités inhérentes à la rédaction d'un tel rapport ne sauraient dès lors commander un élargissement du pouvoir d'examen du juge dans le cadre d'une procédure de recours à l'encontre d'un refus d'entrer en matière.

**b)** Reste à examiner, au regard des pièces produites devant l'OAI à l'appui de la nouvelle demande de prestations déposée le 8 octobre 2018, ainsi que des pièces versées ceans lors de précédente procédure judiciaire (dont l'OAI avait connaissance lorsqu'il a été saisi de la nouvelle demande litigieuse, trois mois après l'arrêt cantonal du 20 juillet 2018), si une aggravation de l'état de santé de la recourante est rendue plausible.

**aa)** Sur le plan psychiatrique, les médecins de l'U. \_\_\_\_\_ ont signalé, dans leurs rapports des 30 novembre 2017 et 11 septembre 2018, que la prise en charge de l'intéressée avait repris durant le mois d'août 2017 dans le contexte d'une aggravation rattachée à un état anxio-dépressif lié à la situation psychosociale de la famille, sous le coup d'une menace d'expulsion. Le 2 mai 2018, ils ont également souligné que le pronostic était lié à la situation sociale de la famille. C'est toutefois le lieu de souligner qu'en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité, le droit des assurances sociales s'en tient à une conception bio-médicale de la maladie, dont sont exclus les facteurs psychosociaux ou socioculturels (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C\_44/2018 du 3 avril 2018 consid. 4.2 ; TF 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.1). Ainsi, les éléments invoqués étant essentiellement réactionnels à la situation psychosociale de la famille, on ne saurait y voir la trace d'une quelconque aggravation du trouble anxio-dépressif de l'assurée - déjà diagnostiqué par l'expert C. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 13 décembre 2011 et considéré, à l'époque, comme étant dépourvu d'incidence sur la capacité de travail.

On ne peut en outre rien déduire des rapports des médecins de l'U. \_\_\_\_\_ des 2 octobre 2017 et 2 mai 2018 évoquant, sans réelle discussion médicale ni notion de péjoration, des angoisses et crises de panique, respectivement un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et un trouble panique. De telles assertions, dépourvues de motivation concrète et objective, ne saurait en tous les cas plaider dans le sens d'une aggravation depuis le rapport d'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_ du 13 décembre 2011 - aux termes duquel ce spécialiste a nié l'existence d'un trouble panique et réfuté le caractère incapacitant de la symptomatologie dépressive. Tout au plus ajoutera-t-on que ces médecins ont laissée ouverte la question d'éventuels traits de personnalité histrionique (cf. rapport du 2 mai 2018) et que l'on ne saurait donc voir dans cette interrogation un élément concret plaçant dans le sens d'une aggravation.

Enfin, aucune notion objectivable d'aggravation ne peut non plus être déduite de la dépression sévère évoquée le 28 juin 2017 par le Dr J.\_\_\_\_\_, ni du soutien psychologique mentionné le 10 décembre 2018 par ce médecin en lien avec le trouble dépressif.

Dans ces conditions, force est d'admettre que la recourante échoue à rendre plausible une éventuelle dégradation de son état de santé psychique.

**bb)** Au niveau psychosomatique, il convient de rappeler que le Dr T.\_\_\_\_\_ a relevé des points de fibromyalgie, respectivement des douleurs diffuses devant être rattachées au trouble somatoforme douloureux chronique (cf. rapport d'examen clinique rhumatologique du 22 avril 2015 p. 6 s.), symptomatologie dont l'expert C.\_\_\_\_\_ avait précédemment nié le caractère invalidant (cf. rapport d'expertise du 13 décembre 2011 p. 22). Dès lors que la Dre R.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 22 janvier 2018) et les médecins de l'U.\_\_\_\_\_ (cf. rapports des 2 mai et 11 septembre 2018) ont quant à eux posé un diagnostic de fibromyalgie, respectivement de trouble somatoforme douloureux, sans autre indication quant à une évolution depuis les précédentes évaluations au dossier, on ne saurait sur cette base conclure à une évolution de l'état de santé de la recourante.

**cc)** Sur le plan somatique, il convient de distinguer les différentes symptomatologies invoquées.

Tout d'abord, il est constant que la Dre L.\_\_\_\_\_ a référencé différents troubles du registre ORL, touchant en particulier le pharynx et l'audition (cf. rapports des 20 juin, 24 août et 23 novembre 2017 et attestation du 4 septembre 2018). Dans son arrêt du 20 juillet 2018, la Cour de céans a toutefois déjà eu l'occasion d'exposer que la seule évocation de douleurs pharyngées - qui plus est, faisant l'objet d'un simple traitement conservateur - ne permettait pas de conclure à une détérioration plausible de l'état de santé susceptible d'influencer le droit aux prestations (CASSO AI 211/17 - 223/2018 consid. 4b/cc). On notera au

surplus que l'intéressée, connue pour une amygdalite (cf. rapport du 23 novembre 2017), a été opérée des amygdales le 29 août 2018 (cf. attestation du 4 septembre 2018) et que rien au dossier n'incite à douter de l'issue favorable de cette intervention. Si la recourante a par ailleurs présenté - au début de l'année 2017 ou en mai 2017, selon les versions - une perte de l'audition et de l'équilibre à gauche dans un contexte de déficit cochléo-vestibulaire (cf. rapports des 20 juin et 23 novembre 2017), il demeure qu'elle a connu une bonne récupération sur le plan vestibulaire (cf. rapport du 20 juin 2017) et qu'un appareillage était à discuter s'agissant du déficit auditif qui avait du reste connu une très légère amélioration (cf. rapport du 24 août 2017). Du reste, la recourante ne soutient pas et, *a fortiori*, ne démontre pas qu'une quelconque tentative d'appareillage aurait échoué. On ajoutera encore que si un avis neurologique a été proposé par la Dre L. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 20 juin 2017), l'assurée - à qui il incombe légalement de rendre plausible une aggravation de son état de santé (cf. art. 87 al. 2 et 3 RAI) - n'a fourni aucune indication sur l'obtention d'un tel avis ; tout au plus apparaît-il qu'un avis neurologique a permis d'écartier toute relation entre les lésions cérébrales de la patiente et les troubles cochléovestibulaires (cf. rapport du 24 août 2017). Au vu de ces éléments, on ne saurait admettre une dégradation significative de l'état de santé sur le plan ORL.

Si par ailleurs les examens radiologiques réalisés au niveau cérébral ont initialement affiché des résultats dans les limites de la norme (cf. rapport de CT cérébral du 12 septembre 2012 du Dr D. \_\_\_\_\_), il n'est en revanche pas disputé qu'une malformation de Chirari de type I a été diagnostiquée suite à une IRM cérébrale du 1<sup>er</sup> juin 2017 (cf. rapport d'IRM cérébrale du 6 juin 2017 du Dr V. \_\_\_\_\_ ; cf. également rapports du 20 juin 2017 de la Dre L. \_\_\_\_\_, du 28 juin 2017 du Dr J. \_\_\_\_\_, du 3 mai 2018 de la Dre R. \_\_\_\_\_ et du 4 décembre 2018 de la chiropraticienne N. \_\_\_\_\_), élément revêtant un caractère de nouveauté puisque n'ayant pas été pris en compte dans les précédentes décisions rendues par l'intimé. Pour autant, ce seul diagnostic ne renseigne en aucun cas sur l'éventuel impact de l'atteinte en cause, impact au sujet duquel les avis médicaux au dossier ne fournissent aucune précision.

Notamment, la Dre R.\_\_\_\_\_ s'est contentée de mentionner que cette malformation pouvait entraîner des maux de tête et une cervicalgie (cf. rapport du 3 mai 2018), sans rattacher ses observations à la situation de la patiente. De même, la chiropraticienne N.\_\_\_\_\_ s'est limitée à des considérations génériques sur les conséquences potentielles de cette atteinte, sans les rapporter au cas particulier. Ainsi, rien ne permet de voir dans cette évolution un facteur susceptible d'amoindrir la capacité résiduelle de travail de la recourante.

Il est en outre patent que les anomalies au niveau de la substance blanche constatées à l'IRM du 1<sup>er</sup> juin 2017 ont incité le Dr V.\_\_\_\_\_ à évoquer la question d'une maladie démyélinisante, à confirmer sur le plan clinique et biologique (cf. rapport du 6 juin 2017). Rien ne permet de savoir, en l'état de dossier, si une telle confirmation a été obtenue. Notamment, on ignore si l'avis neurologique préconisé par la Dre R.\_\_\_\_\_, dans un contexte de malformation de Chiari (cf. rapport du 3 mai 2018), a finalement été sollicité ; or il incombait à la recourante de fournir les indications pertinentes à cet égard, sans attendre de mesure d'instruction spontanée de la part de l'OAI (cf. consid. 3 supra). Quant au Dr J.\_\_\_\_\_, il a repris le diagnostic de maladie démyélinisante (cf. rapport du 28 juin 2017) sans préciser si les vérifications nécessaires avaient été effectuées, ni se prononcer quant aux éventuelles conséquences concrètes de cette atteinte pour l'assurée. Partant, on ne peut là non plus admettre une aggravation plausible de l'état de santé.

Des troubles de la colonne cervicale ont de surcroît été évoqués. Plus spécifiquement, la Dre R.\_\_\_\_\_ a mentionné un syndrome myofascial cervical et des cervicocéphalgies sur troubles dégénératifs (cf. rapport du 22 janvier 2018). C'est toutefois le lieu de rappeler que, lors de l'examen réalisé en 2015, le Dr T.\_\_\_\_\_ a observé que si la mobilisation du rachis s'avérait douloureuse en particulier au niveau de la jonction cervicodorsale, la mobilité demeurerait néanmoins bonne (cf. rapport d'examen clinique du 27 avril 2015 p. 7). A cela s'ajoute que des cervicalgies avaient déjà été relevées par la Dre L.\_\_\_\_\_ dans le cadre de la procédure antérieure (cf. rapport du 9 mai 2017) et qu'aucune

évolution significative de l'état de santé n'avait malgré tout été considérée comme plausible sur ce point (cf. CASSO AI 211/17 - 223/2018 précité consid. 4b/cc). Rien n'incite à penser que ce constat aurait changé dans l'intervalle, dès lors que la Dre R. \_\_\_\_\_ n'a pas détaillé ni objectivé en quoi les troubles mentionnés pouvaient s'avérer incapacitants. Là encore, il ne peut être question d'admettre une modification plausible de l'état de santé susceptible de se répercuter sur les aptitudes de l'intéressée.

Enfin, il apparaît qu'une hernie discale a été certes été suspectée, mais qu'au final aucune pathologie discale ou vertébrale significative n'a été observée par la radiologue PP. \_\_\_\_\_ dans son rapport d'IRM de la colonne lombaire et des articulations sacro-iliaques du 30 novembre 2018. Si cette dernière a du reste constaté des signes d'inflammation au niveau lombaire et sacro-iliaque, rien ne permet d'en inférer - en l'état du dossier - une évolution susceptible de se répercuter du point de vue de la capacité de travail.

**c)** Au vu de ce qui précède, il sied de retenir que la recourante n'a pas établi de façon plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision de refus de prestations entrée en force.

C'est donc à juste titre que l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande introduite le 8 octobre 2018, les conditions de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI n'étant pas réalisées.

**5. a)** En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**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 des 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 la recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'elle

a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). 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).

Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'espèce, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). En l'espèce, Me Muriel Vautier a produit une liste de ses opérations le 31 juillet 2020, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. Compte tenu des heures de prestations d'avocat-stagiaire (4 heures et 55 minutes) et d'avocat (6 heures et 15 minutes), ainsi que du forfait de 5 % applicable aux débours (art. 3bis al. 1 RAJ), le montant total de l'indemnité de Me Vautier s'élève donc à 1'883 fr. 85, TVA comprise.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant des frais de justice et de l'indemnité d'office dès qu'elle sera 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 ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 8 mai 2019 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Muriel Vautier est arrêtée à 1'883 fr. 85 (mille huit cent huitante-trois francs et huitante-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 judiciaires et de l'indemnité de la mandataire d'office provisoirement 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, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Muriel Vautier (pour O. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

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 :