

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 février 2021

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Röthenbacher et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

J._____, à [...], recourante, représenté par Me Radivoje Stamenkovic,
avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

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

E n f a i t :

A. J. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante turque née en 1974, mariée et mère de deux enfants majeurs, au bénéfice d'un permis C, en Suisse depuis février 2002, sans formation, ayant travaillé dans le nettoyage de 2002 à 2004 puis comme vendeuse dans une épicerie entre 2005 et 2006, a déposé le 10 juin 2013 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 indiquant quant au genre de l'atteinte « rhumatisme inflammatoire ».

Le 4 juillet 2013, la Dre B. _____, spécialiste en rhumatologie et médecin adjointe auprès du Service de rhumatologie de l'Hôpital P. _____ (Hôpital P. _____), a fait état d'une incapacité de travail totale et a retenu comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail une connectivite de type lupus érythémateux systémique avec polyarthrite et érythème facial et atteinte vasculaire depuis décembre 2012.

Dans un document de l'OAI relatif à la détermination du statut, l'assurée a mentionné, le 4 juillet 2013, qu'elle travaillerait à 50% sans atteinte à la santé.

En réponse à un questionnaire que lui a adressé l'OAI, le Dr A.W. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a indiqué, le 17 mars 2014, que sa patiente présentait une capacité de travail nulle, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

L'OAI a mandaté le Dr M. _____, spécialiste en médecine interne générale, pour réaliser une expertise sur la personne de l'assurée. Dans son rapport du 9 décembre 2014, le médecin précité a retenu comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail une connectivite indifférenciée (maladie auto-immune) depuis 2012, une polyarthrite centrale et périphérique symétrique (douleurs articulaires de sièges multiples) également depuis 2012 ainsi que des céphalées. Il a

estimé que la capacité de travail de l'expertisée était nulle dans toute activité, en relevant toutefois que son appréciation se fondait sur des éléments subjectifs livrés par la patiente, celle-ci ne présentant aucun handicap visible ou objectivable. Il a ainsi évoqué un syndrome douloureux somatoforme chronique et a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychologique.

Par avis du 8 janvier 2015, le Dr D._____ du Service médical régional AI (SMR) a suivi l'appréciation du Dr M._____, en recommandant la réalisation d'un examen SMR psychiatrique ou d'une expertise psychiatrique.

L'expertise en question a été réalisée auprès du Centre d'expertise H._____ (Centre d'expertise H._____) par le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 8 août 2016, l'expert précité n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique ayant un effet sur la capacité de travail ; comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail, il a fait état d'une dépression brève récurrente (F38.1). Il a ainsi conclu à une capacité de travail de 100% dans toute activité du point de vue psychiatrique.

Par avis SMR du 25 octobre 2016, le Dr D._____ a préconisé la mise en œuvre d'un examen rhumatologique auprès de ce service pour déterminer précisément la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée, ainsi que les limitations fonctionnelles, dès lors que les médecins mentionnaient une polyarthrite mais rien sur le plan biologique en faveur d'une connectivite de type lupus érythémateux systémique, dont la cible principale était le rein.

L'examen précité a eu lieu le 25 novembre 2016. Dans le rapport y relatif, daté du 5 décembre 2016, le Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, a posé le diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail de connectivite de type indifférencié (M35.9) et comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail ceux de cervicalgies chroniques non déficitaires dans le cadre d'une discopathie C4-C5 et d'une uncarthrose C3-C4, C4-C5 et C5-

C6 (M54.2) ainsi que de lombalgies intermittentes non déficitaires dans le cadre d'une discopathie et d'une arthrose des articulations postérieures en L5-S1 (M54.5). Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : marche au-delà d'une heure, port de charges au-delà de 10 kg, mouvements répétitifs de forte amplitude, position debout statique au-delà de 30 minutes en raison principalement du déconditionnement physique et exposition au soleil. Le Dr X._____ a conclu à une incapacité de travail de 100% dans toute activité dès le 12 décembre 2012. A partir du 9 décembre 2014, date du rapport d'expertise du Dr M._____, dans lequel il était constaté la résolution de l'atteinte inflammatoire articulaire, le Dr X._____ a considéré que l'assurée avait retrouvé une capacité de travail de 75% dans une activité légère, une baisse de rendement de 25% étant à retenir en raison du déconditionnement physique et des douleurs ne s'expliquant que partiellement par une atteinte somatique.

Le 12 décembre 2016, le Dr D._____ du SMR a suivi les conclusions du Dr X._____, en fixant une incapacité de travail durable de 100% depuis le 12 décembre 2012 dans toute activité puis une capacité de travail de 75% dès le 9 décembre 2014 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par le médecin précité.

A la suite d'une enquête économique sur le ménage, un statut d'active à 50% et de ménagère à 50% a été retenu dans un rapport du 29 mars 2017.

Par projet de décision du 12 avril 2018, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1^{er} décembre 2013 au 31 mars 2015.

Par courrier du 4 mai 2018, l'assurée a fait savoir à l'OAI qu'elle n'était pas d'accord avec certains points du projet.

Le 8 mai 2018, la Dre B._____ s'est adressée à l'OAI pour lui faire savoir que, contrairement à ce qu'avait retenu l'OAI, l'assurée n'avait pas retrouvé une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée

depuis le 9 décembre 2014. En effet, depuis le début du suivi en 2012, l'évolution de l'état de santé de la patiente était complètement stagnante, sans amélioration notable. La patiente souffrait de connectivite avec une polyarthrite périphérique symétrique, un érythème et un angioedème matinal avec des céphalées intenses probablement d'origine immunitaire et une neuropathie des petites fibres prouvée par biopsie cutanée. Les multiples traitements de fond synthétiques et biologiques dont avait bénéficié la patiente ces dernières années n'avaient pas permis de constater une efficacité notoire et la situation avait peu changé si ce n'était la disparition de l'angioedème depuis l'introduction d'Otezla en 2016 et une diminution de synovites périphériques à l'examen clinique sans pouvoir parler d'une absence totale de synovites avec la persistance de synovites au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, des poignets, des coudes, par intermittence d'une consultation à l'autre. Les céphalées restaient intolérables, intenses sans qu'il n'y ait de proposition thérapeutique envisageable par les confrères neurologues, tout traitement dans ce domaine-là ayant déjà échoué par le passé. La Dre B._____ a ainsi estimé que la capacité de travail de sa patiente était nulle dans toute activité.

Le 30 juin 2018, le Dr D._____ du SMR, considérant qu'il manquait beaucoup d'éléments médicaux pour s'assurer de la présence de l'atteinte évoquée par la Dre B._____, a estimé qu'il convenait de mettre œuvre une expertise rhumatologique et de médecine interne.

Une expertise bi-disciplinaire a alors été confiée au Centre d'expertise Q._____ (Centre d'expertise Q._____), ce dont a été informée la Dre B._____ le 13 septembre 2018, comme l'assurée. Il ressort en particulier ce qui suit du courrier de l'OAI à l'intéressée :

« Les spécialistes mandatés parlent français. Annoncez-vous suffisamment tôt au centre si vous avez besoin d'un interprète ».

L'assurée a reçu le 25 septembre 2018 une convocation du Centre d'expertise Q._____, sur laquelle figurait en première page la précision suivante :

« Si vous avez besoin d'un interprète, veuillez nous en informer très rapidement, sachant que, pour des raisons légales, famille et amis ne peuvent assumer ce rôle. Votre médecin traitant peut nous contacter ou nous rencontrer s'il le désire.»

L'assurée a été examinée le 12 octobre 2018 par le Dr F._____, médecin praticien, et le 1^{er} novembre 2018 par le Dr L._____, spécialiste en rhumatologie. Dans leur rapport du 17 décembre 2018, les experts ont posé les diagnostics de connectivité indifférenciée, de déconditionnement physique par inactivité (entraînant une incapacité de travail transitoire de 25% pendant 3 mois), de cervicalgies sur troubles dégénératifs de C3 à C5, de lombalgies sur discrets troubles statiques et séquelles modérés de maladie de Scheuermann, de céphalées chroniques et de poly-arthralgies chroniques d'étiologie indéterminée. Ils ont constaté que le dernier bilan sanguin réalisé le 27 août 2018 ne retrouvait pas de syndrome inflammatoire, étant précisé que l'assurée était sous traitement par Otezla 30 mg, deux fois par jour. En revanche, à l'électrophorèse des protéines sériques, une augmentation des Alpha 2 globuline, des gammaglobulines, couplée à une diminution des immunoglobulines IgM que l'on pouvait rencontrer dans les pathologies auto-immunes type connectivité, a pu être constatée. L'examen clinique du jour n'avait pas mis en évidence la neuropathie des petites fibres alléguée dans plusieurs rapports médicaux. Les anticorps anti-centromères positifs retrouvés lors d'une analyse pouvaient également mettre en avant le diagnostic de connectivité. Les céphalées primaires quotidiennes rencontrées par l'expertisée ne pouvaient être mises sur le compte de la connectivité. L'IRM cérébrale était normale et l'examen du liquide céphalo-rachidien dans les normes. La description clinique de l'expertisée avec présence de photo-phonophobie, d'osmophobie et parfois de vertiges et de nausées faisaient penser à des migraines transformées faisant partie du groupe des céphalées chroniques quotidiennes mais sans être des céphalées médicamenteuses. Ces symptômes subjectifs n'avaient toutefois pas d'effet sur la capacité de travail. Les experts ont procédé à une évaluation consensuelle, dans laquelle ils ont conclu à une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée, expliquant la baisse de rendement de 25% par les troubles dégénératifs du rachis et le déconditionnement. Dans leur

appréciation, ils ont notamment tenu compte d'un rapport du 10 septembre 2018 de la Dre G._____, spécialiste en rhumatologie et cheffe de clinique adjointe auprès du Service de rhumatologie de l'Hôpital P._____, selon lequel les plaintes articulaires inflammatoires ainsi que les céphalées étaient stables avec la prise d'Otezla. Cette médecin n'avait pas constaté de récurrence d'érythème facial, ni de nouvelles manifestations cutanées et la patiente présentait une formule sanguine complète alignée. Les experts ont également tenu compte d'un rapport du 23 novembre 2017 de la Dre B._____ qui a relevé que sous traitement d'Otezla, la patiente ne notait pas vraiment d'amélioration de son état douloureux mais par contre, elle notait la disparition complète des tuméfactions articulaires ainsi que de l'angioedème matinal et désirait donc absolument continuer ce traitement. A l'examen clinique, il restait de nombreuses articulations douloureuses mais depuis l'introduction du médicament précité, les synovites persistaient dans une moindre mesure et étaient moins nombreuses, raison pour laquelle ce traitement au long cours devait être poursuivi. Le Dr L._____ a enfin fait réaliser des radiographies selon lesquelles il n'y avait pas de signe d'arthrose facettaire significative tant au niveau du rachis cervical que lombaire, ni de signe de chondrocalcinose au niveau des articulations inter-phalangiennes, qui avaient un aspect radiologique normal. En définitive, les experts ont constaté que les limitations annoncées par l'expertisée relevaient plus de troubles fonctionnels que d'atteintes organiques liées à des pathologies. L'autolimitation rapide dans les activités quotidiennes de la part de l'expertisée faisait penser au tableau décrit par les personnes souffrant de syndrome douloureux somatoforme ou de fibromyalgie.

Dans un avis du 8 mars 2019, le Dr K._____ du SMR, en se fondant sur le rapport d'expertise du Centre d'expertise Q._____, a résumé la situation en concluant à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis fin 2012 et à une capacité de travail de 75% depuis le 9 décembre 2014 dans une activité adaptée, légère, sédentaire ou semi-sédentaire principalement en position assise, permettant l'alternance des positions, sans manipulation de charges de plus de 5 kg à 7 kg, sans déplacement en terrain irrégulier, sans travail en hauteur ou sur échelle, sans travail à genou et/ou en station accroupie, sans position du

tronc tenue en porte-à-faux, sans flexions-rotations répétées du tronc, sans gestes demandant de maintenir les mains au-dessus du plan des épaules ni de soulever des charges de plus de 1-2 kg à bout de bras, en milieu tempéré, à heures fixes et répartie sur cinq jours ouvrables.

Par décision du 3 mai 2019, l'OAI a, en application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, reconnu à l'assurée le droit à une rente entière du 1^{er} décembre 2013 au 31 mars 2015, cette prestation étant supprimée à compter du 1^{er} avril 2015. Cette décision est entrée en force.

B. La Dre G. _____ a adressé un rapport daté du 13 juin 2019 à l'OAI, qui l'a réceptionné le 21 juin 2019, dans lequel elle a relevé que sa patiente présentait une maladie rhumatologique systémique avec atteinte multi-organique, à savoir une polyarthrite rhumatoïde, une neuropathie des petites fibres, une atteinte vasculaire périphérique, une atteinte oesophagienne ainsi que des troubles neurologiques en lien avec cette affection sous forme de céphalées invalidantes ainsi qu'une atteinte cutanée sous forme d'érythème facial, laquelle avait pu être contrôlée grâce au traitement d'Otezla. A cela s'ajoutait une importante asthénie en lien avec le rhumatisme inflammatoire chronique, des troubles dégénératifs lombaires avec des lombalgies chroniques et invalidantes, une tendinopathie de la coiffe des rotateurs, ainsi qu'un syndrome douloureux chronique diffus secondaire à la maladie de base. Elle a ainsi estimé que le cumul des comorbidités entraînait une incapacité de travail totale dans toute activité.

Par courrier du 24 juin 2019 à l'assurée, l'OAI l'a invitée à déposer une nouvelle demande afin qu'il réexamine son droit à des prestations (mesures professionnelles/rente) et à joindre au moins un rapport médical, avec la précision que si les pièces fournies étaient insuffisantes pour admettre une modification du degré d'invalidité, il refuserait d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

Le 11 juillet 2019, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, en faisant état de rhumatisme inflammatoire, de polyarthrite, de neuropathie, d'érythème facial, de céphalées, de capillaroscopie pathologique, de syndrome douloureux chronique ainsi que de tendinose existant depuis décembre 2012. Elle a joint à sa demande plusieurs rapports médicaux, dont un rapport du 2 juillet 2019 du Dr A.W._____, dans lequel ce médecin a mentionné une évolution défavorable sur le plan essentiellement rhumatologique inflammatoire, en raison de la connectivite indifférenciée toujours insuffisamment contrôlée par les divers médicaments proposés par la spécialiste occasionnant des polyarthralgies diffuses, toujours invalidantes, de même que des limitations fonctionnelles multiples, auxquelles s'ajoutaient un état anxio-dépressif, nécessitant une prise en charge spécialisée. Était également joint à la demande un rapport du 13 juin 2019 de la Dre G._____ au Dr B.W._____, dans lequel il était précisé que la polyarthrite n'était pas tout à fait contrôlée, malgré une évidente différence entre les plaintes douloureuses diffuses de la patiente influencées par le syndrome douloureux chronique et les manifestations objectivables cliniquement. Il ressortait également de ce rapport que l'assurée avait bénéficié d'une infiltration de la bourse sous-acromio-deltaïdienne, sans complication immédiate, en raison d'un conflit sous-acromial deltaïdien et de signes de tendinose du sus-épineux sans bursite mis en évidence par une échographie. Enfin, un rapport du 9 juillet 2019 à l'OAI, co-signé par la Dre R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et par B.W._____, psychologue, indiquait la présence d'un état anxio-dépressif concomitant et réactionnel au vécu douloureux chronique, se manifestant par une thymie basse, des ruminations, un sentiment de désespoir, de la culpabilité, du découragement, une perte de l'élan vital, des troubles du sommeil, ainsi que des idées suicidaires latentes et sporadiques.

Le 15 juillet 2019, l'assurée a produit un rapport de la Dre G._____ du 10 juillet 2019, selon lequel la capacité de travail de la patiente était nulle dans toute activité. Les limitations fonctionnelles énumérées étaient les suivantes : position assise ou debout de plus de 30 minutes, port de charges de plus de 2 kg, pas de travail en hauteur ou sur

une échelle, pas de travail à genoux ou station accroupie, pas de flexion du tronc ou de mouvements en porte-à-faux, pas de flexions-rotations du tronc, pas de gestes répétitifs des mains ou des épaules, pas de petits gestes de manutention répétitifs, pas d'exposition à un environnement bruyant et au froid, pas d'horaires de nuit ou irréguliers, nécessité d'adapter les horaires de travail en fonction des douleurs inflammatoires matinales. Le rendement était inférieur à 25% en raison des céphalées constantes, de l'asthénie et des troubles de la concentration en résultant.

Par avis du 27 novembre 2019, le Dr Z. _____ du SMR a relevé que les facteurs non-médicaux (absence de formation professionnelle, barrière linguistique) avancés par la Dre G. _____ dans son rapport du 13 juin 2019 n'étaient pas du ressort de l'assurance-invalidité. Il a également constaté que l'assurée n'était suivie qu'une fois par mois par la psychologue B.W. _____ et que la symptomatologie anxio-dépressive, en tant que telle, n'était pas de nature à modifier le droit à des prestations AI. Par ailleurs, une symptomatologie dépressive brève récurrente avait déjà été diagnostiquée lors de l'expertise psychiatrique réalisée en août 2016 et jugée comme non incapacitante. Quant au Dr A.W. _____, il mentionnait un ensemble de diagnostics somatiques déjà connus et analysés lors de l'expertise rhumatologique et de médecine interne de décembre 2018. Enfin, la Dre G. _____ mettait en évidence une différence entre les plaintes douloureuses diffuses de la patiente influencée par le syndrome douloureux chronique et les manifestations objectivables cliniquement, constatation qui n'avait pas été reprise dans la contestation de la décision du 3 mai 2019 entrée en force. En outre, la Dre G. _____ concluait à une capacité nulle dans toute activité alors qu'elle mentionnait quasiment les mêmes limitations fonctionnelles que celles retenues dans la décision précitée.

Par projet de décision du 2 décembre 2019, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il n'allait pas entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations, dès lors que les rapports médicaux produits n'apportaient pas d'éléments nouveaux susceptibles de modifier le droit à des prestations depuis la décision du 3 mai 2019.

L'assurée, par son conseil, a adressé à l'OAI des objections, datées du 17 mars 2020, par lesquelles elle a soutenu, d'une part, que la décision rendue le 19 mars 2019 (recte : 3 mai 2019) reposait sur des avis médicaux violant son droit d'être entendue et qu'elle devait être annulée et, d'autre part, qu'elle avait rendu plausible une modification de son état de santé, si bien que l'OAI devait entrer en matière sur sa nouvelle demande.

Par décision du 19 mars 2020 confirmant le projet de décision du 2 décembre 2019, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assurée.

C. Par acte du 15 mai 2020, J._____, représentée par Me Radivoje Stamenkovic, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation, l'intimé étant tenu d'entrer en matière sur sa demande de prestations du 11 juillet 2019. En substance, elle soutient que c'est à tort que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur sa nouvelle demande, dès lors que sur le plan somatique, elle a présenté une évolution défavorable car la connectivité indifférenciée n'était toujours pas suffisamment contrôlée en dépit du changement de médicament, se référant à cet égard au rapport du Dr A.W._____ du 2 juillet 2019, et à celui de la Dre G._____ du 13 juin 2019, selon lequel le traitement mis en place n'avait pas eu d'impact sur la maladie rhumatologique. Elle en déduit que ces rapports rendent plausible une modification durable de son état de santé. Dans un autre moyen, elle soutient que les expertises réalisées par l'intimé n'ont pas respecté son droit d'être entendue, au motif qu'elle n'a « aucune maîtrise de la langue française », et que les examens des Drs F._____f et L._____ ont été réalisés sans interprète, relevant que seul l'expert psychiatre, le Dr S._____, avait pris le soin de faire intervenir un interprète. A ses yeux, et dès lors que la décision initiale d'octroi limité des prestations a été rendue sur la base d'avis violant son droit d'être entendue, la décision du 19 mars 2020 doit être annulée et l'instruction reprise afin de déterminer son degré d'incapacité de gain.

Dans sa réponse du 14 septembre 2020, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. S'agissant de la demande de révision ou de reconsidération de la décision du 19 mars 2019 (recte : 3 mai 2019), il a relevé que ni l'une, ni l'autre n'avaient lieu d'être en l'espèce, en rappelant bénéficiaire à ce sujet d'une marge de manœuvre importante.

La recourante a répliqué le 13 octobre 2020. Elle s'est référée à un rapport du 27 mai 2020, qu'elle a produit, de la Dre B._____, laquelle s'était prononcée sur le rapport d'expertise du Centre d'expertise Q._____ du 17 décembre 2018. La recourante en a déduit qu'aucun crédit ne pouvait être accordé aux experts et a élevé un certain nombre de griefs à l'égard du rapport d'expertise en question.

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, compte tenu de la prolongation extraordinaire (art. 1 al. 1 de l'ordonnance du 20 mars 2020 sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus [COVID-19] ; RS 173.110.4 ; abrogée au 19 avril 2020) des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA), 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'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de juillet 2019. Il s'agit plus particulièrement d'examiner si la recourante a rendu plausible une modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits depuis la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente (décision du 3 mai 2019). Il y aura également lieu, vu l'argumentation subsidiaire du recours, d'examiner si les conditions d'une reconsidération sont réalisées.

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).

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'occurrence, la recourante fait valoir que les documents produits dans le cadre de sa nouvelle demande attestent une péjoration de son état de santé.

La demande de prestations de juin 2013 a fait l'objet d'une instruction très complète de la part de l'OAI. Ainsi, une expertise psychiatrique a été réalisée en août 2016 par le Dr S._____, du Centre d'expertise H._____, puis une expertise de médecine interne a été confiée au Dr M._____ en décembre 2014, avant que le Dr X._____ du SMR n'examine la recourante le 25 novembre 2016. Compte tenu des observations de la Dre B._____, rhumatologue traitant, sur le projet de décision du 12 avril 2018, le dossier a encore été complété par une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et de médecine interne, confiée aux Drs F._____ et L._____ du Centre d'expertise Q._____. Il résulte de l'ensemble de ces éléments que la recourante présente les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de connectivité de type indifférencié, de céphalées chroniques, de déconditionnement physique par inactivité, de cervicalgies sur troubles dégénératifs de C3 à C5, de lombalgies sur discrets troubles statiques et séquelles modérés de maladie de Scheuermann et de polyarthralgies chroniques d'étiologie indéterminée depuis fin 2012, et que sa capacité de travail a été nulle jusqu'au 8 décembre 2014, puis entière dès le 9 décembre 2014, avec une baisse de rendement de 25% dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles (activité légère, sédentaire ou semi-sédentaire principalement en position assise, permettant l'alternance des positions,

sans manipulations de charge de plus de 5 à 7 kg, sans déplacement en terrain irrégulier, sans travail en hauteur ou sur une échelle, sans travail à genoux et/ou en station accroupie, sans position du tronc tenue en porte-à-faux, sans flexions-rotations répétées du tronc, sans gestes demandant de maintenir les mains au-dessus du plan des épaules ni de soulever des charges de plus de 1-2 kg à bout de bras, en milieu tempéré, à heures fixes et répartie sur 5 jours ouvrables).

Dans le cadre de sa nouvelle demande, la recourante se prévaut des rapports de la Dre G._____ du 13 juin 2019, du Dr A.W._____ du 2 juillet 2019 et de la Dre R._____ du 9 juillet 2019.

Dans son rapport du 13 juin 2019, la Dre G._____ de l'Hôpital P._____ mentionne que la recourante présente une incapacité de travail totale depuis le 9 décembre 2014 en raison d'une connectivite et de polyarthrite inflammatoire. Or les médecins de l'Hôpital P._____, en particulier la Dre B._____, avaient déjà contesté le projet de décision initial du 12 avril 2018 en mettant en avant les mêmes atteintes (cf. rapport du 8 mai 2018), ce qui avait conduit à la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et de médecine interne auprès du Centre d'expertise Q._____, dont les conclusions étaient que la recourante, après avoir connu une période d'incapacité de travail totale depuis fin 2012, avait recouvré une capacité de travail de 75% depuis le 9 décembre 2014 dans une activité adaptée, raison pour laquelle une rente limitée dans le temps, soit du 1^{er} décembre 2013 au 31 mars 2015, lui a été octroyée par décision du 3 mai 2019. Dans le rapport du 13 juin 2019, la Dre G._____ mentionne des facteurs non médicaux mais de nature psycho-sociale et en lien avec l'emploi (absence de formation professionnelle, barrière linguistique) qui pourraient avoir une influence sur les possibilités pour la recourante de retrouver un travail. Or, comme l'a relevé à juste titre le SMR, ces facteurs ne sont pas du ressort de l'assurance-invalidité. On note également que la Dre G._____ évoque une évidente différence entre les plaintes douloureuses diffuses de la patiente influencée par le syndrome douloureux chronique et les manifestations objectivables cliniquement.

Pour ce qui est du rapport du Dr A.W. _____ du 2 juillet 2019, on relèvera, à l'instar du SMR, que ce médecin retient un ensemble de diagnostics somatiques déjà connu et analysé dans le cadre de l'expertise rhumatologique et de médecine interne réalisée auprès du Centre d'expertise Q. _____ en décembre 2018. La symptomatologie décrite est essentiellement rhumatologique inflammatoire et reprend les constatations du Service de rhumatologie de l'Hôpital P. _____.

Quant au rapport de la psychiatre R. _____ co-signé par la psychologue B.W. _____, il permet de constater que la recourante est suivie pour un état anxio-dépressif depuis novembre 2018, à raison d'une séance par mois. Or, comme l'a souligné le SMR, le diagnostic de dépression brève récurrente avait déjà été posé par le Dr S. _____ dans son rapport d'expertise du 8 août 2016, et considéré comme non incapacitant.

Enfin, la Dre G. _____ décrit, dans son rapport du 10 juillet 2019, les mêmes atteintes à la santé que dans son précédent rapport du 13 juin 2019 et retient une capacité de travail nulle, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles qu'elle mentionne sont cependant quasiment identiques à celles retenues dans la décision du 3 mai 2019, si bien que l'on ne peut en déduire une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits de la recourante.

Force est ainsi de constater que les rapports des médecins consultés ne suffisent pas à établir une péjoration suffisamment plausible de l'état de santé de la recourante depuis la décision du 3 mai 2019. C'est dès lors à bon droit que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

Pour le surplus, si elle entendait élever des griefs à l'encontre de la décision initiale de rente limitée dans le temps, singulièrement contester le bien-fondé de l'expertise du Centre d'expertise Q. _____ qui

a été mise en œuvre, il incombait à la recourante de le faire dans le cadre d'un recours contre la décision du 3 mai 2019, ce qu'elle n'a pas fait. Elle ne peut aujourd'hui soutenir que l'expertise du Centre d'expertise Q._____ ne serait pas suffisante au motif que les Drs F._____ et L._____ n'auraient pas procédé à leur examen en la présence d'un interprète de langue turque, ce d'autant qu'il ressort du dossier que la recourante a suivi des cours de langue en vue de se perfectionner dans la communication, et lit les journaux et livres pour apprendre la langue (cf. rapport d'expertise du 8 août 2016, pp. 3 et 19) ; elle avait du reste par exemple été en mesure de parler en français comme en turc lors de l'expertise psychiatrique réalisée en août 2016, et a pu se faire comprendre sans peine de l'enquêtrice venue à son domicile ; les experts du Centre d'expertise Q._____ ont par ailleurs noté qu'il n'y avait eu aucun problème lors de l'expertise concernant la compréhension des ordres simples, ni lors des questions (cf. rapport d'expertise du 8 août 2016, p. 22). Enfin, il lui était loisible de demander à ce qu'un interprète soit présent, ainsi que cela lui a été rappelé tant par l'OAI (cf. courrier du 13 septembre 2018) que le Centre d'expertise Q._____ (cf. convocation du 25 septembre 2018). L'assurée ne peut dès lors être suivie lorsqu'elle affirme que l'absence d'interprète devrait conduire à écarter purement et simplement l'expertise du Centre d'expertise Q._____, cet argument n'étant, quoi qu'il en soit, pas recevable dans la présente procédure.

Conformément à la jurisprudence (cf. consid. 3c *supra*), les pièces déterminantes sont celles produites à l'appui de la nouvelle demande de prestations, et non celles produites au stade du recours, si bien que le rapport du 27 mai 2020 de la Dre B._____ n'a pas à être pris en compte.

Dans ces circonstances, c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par la recourante en juillet 2019, moins de trois mois après que la décision du 3 mai 2019 a été rendue.

5. Dans une argumentation subsidiaire, la recourante expose que son droit d'être entendue a été violé par les experts F._____ et L._____ du Centre d'expertise Q._____, qui ne l'ont pas convoquée en présence d'un interprète. Cela devrait selon elle conduire à annuler la décision du 19 mars 2020, et à reprendre l'instruction de son dossier. Ce faisant, elle semble ainsi invoquer que les conditions d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA seraient réalisées.

Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, qui formalise un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 133 V 50 consid. 4.1).

Toutefois, l'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peut l'y contraindre ni, à plus forte raison, lui prescrire, à défaut d'une règle positive, les modalités d'un tel examen (ATF 133 V 50 consid. 4.1 et réf. cit. ; ATF 119 V 180 consid. 3b ; TF 9C_836/2010 du 20 mai 2011 consid. 3.2, in SVR 2011 EL n° 8 p. 25 ; TF 9C_517/2011 du 12 septembre 2011 ; cf. également Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^e éd., n° 44 ad art. 53 LPGA).

Il suit de là que, même à supposer que les conditions d'une reconsidération soient remplies – ce qui resterait à démontrer –, la Cour de céans ne peut pas contraindre l'office intimé à reconsidérer sa décision, à défaut d'une règle positive prescrivant les modalités d'un tel réexamen.

6. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) 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).

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).

d) Dans le cadre de l'octroi en sa faveur de l'assistance judiciaire, la recourante a obtenu la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Radivoje Stamenkovic. Ce dernier a produit une liste d'opérations le 9 novembre 2020, faisant état de 8 heures et 10 minutes de travail consacrées au dossier de la recourante. Ces opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Stamenkovic est arrêtée à 1'662 fr. 35 (1'470 fr. [8h10 x 180 fr./h.] + 73 fr. 50 [1'470 fr. x 5 %] + 118 fr. 85 [1'543 fr. 50 x 7,7 %]), débours par 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]) et TVA par 7,7 % compris.

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 19 mars 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité de Me Radijove Stamenkovic, conseil d'office de J._____, est arrêtée à 1'662 fr. 35 (mille six cent soixante-deux francs et trente-cinq centimes), débours et TVA compris.
- VI.** 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 son conseil d'office mis provisoirement à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Radivoje Stamenkovic (pour 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).

La greffière :