

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 mars 2022

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
Mmes Röthenbacher et Durussel, juges  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

I. \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 87 RAI ; 82 LPA-VD**

**E n f a i t :**

**A.**        **a)** I. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1980, a déposé une première demande de prestations le 14 mai 2018 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison de douleurs ostéoarticulaires et de troubles psychiques.

      Selon un rapport du 1<sup>er</sup> juin 2018 du Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et médecine interne générale, et du Dr L. \_\_\_\_\_, médecin assistant, l'assurée présentait une probable neuropathie compressive ulnaire intermittente. Ils ont également posé les diagnostics secondaires de céphalées chroniques de tension, de multiples lésions de la substance blanche supra-tentorielle d'allure aspécifique et stable, d'état dépressif probable et d'hyperménorrhée avec anémie ferriprive substituée.

      Dans une expertise du 10 juillet 2018 faite à la demande de l'assureur perte de gain de l'assurée, le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de douleurs chroniques de l'hémicorps droit d'origine inconnue, de *coxa profunda* bilatérale, de conflit fémoro-acétabulaire bilatéral à prédominance droite avec une arthrose débutante, de déchirure sans désinsertion du labrum supérieur à droite, de surcharge pondérale, de probable état dépressif et d'éventuelle exagération des plaintes. Il a estimé que l'activité habituelle de caissière n'était plus exigible en raison de la position assise prolongée, mais que l'assurée pouvait travailler à 50 % dans une activité adaptée, avec possibilité d'alterner les positions assise et debout, sans positions en porte-à-faux, sans port de charge et sans marche dans les escaliers. Selon lui, une activité à plein temps n'était pas possible en raison de l'état psychique altéré de l'assurée, de sa fixation sur ses douleurs, avec une exagération probable de celles-ci.

      Le Dr Q. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'assurée, s'est référé à cette expertise dans son rapport du 24 août 2018. Le Dr

V.\_\_\_\_\_, chiropraticien, a pris des conclusions similaires dans son rapport du 20 décembre 2018.

Dans des rapports des 20 février 2019 et 15 juin 2020, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin assistant, ont posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11). L'incapacité de travail était totale pour des raisons somatiques et psychiques. En revanche, le pronostic était favorable à condition de trouver une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient un trouble de la concentration et de l'attention, une thymie abaissée, une irritabilité importante, un ralentissement psychomoteur, une perte d'intérêt, un manque d'élan vital, une faible estime de soi et un sentiment de culpabilité et de désespoir.

Dans un rapport du 12 juillet 2019, la Dre C.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a fait état d'un contexte douloureux chronique avec des symptômes subjectifs multiples et variés, sans aucun critère de gravité et avec un retentissement psychologique important.

Le Dr P.\_\_\_\_\_, nouveau médecin généraliste traitant de l'assurée, a retenu les diagnostics d'état anxio-dépressif avec somatisation et de trouble douloureux chronique dans son rapport du 25 avril 2020. Il a considéré que l'assurée était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle. Ses limitations étaient principalement psychologiques.

A l'initiative du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), une expertise pluridisciplinaire a été réalisée auprès de W.\_\_\_\_\_. Dans leur rapport du 11 mars 2021, les Drs Z.\_\_\_\_\_, médecin praticien, K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et T.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, ont conclu à l'existence d'une capacité de travail totale dans toute activité et sans limitations. Ils ont retenu les diagnostics suivants :

1. F60.8 Trouble de la personnalité passive-agressive

2. Déconditionnement physique avec obésité modérée avec IMC à 32,7 kg/m<sup>2</sup>
3. Status post amygdalectomie
4. Status post varicectomie
5. Status post césariennes
6. Hyperménorrhée avec anémie ferriprive substituée en octobre 2015 en intraveineux
7. Probable hypothyroïdie à investiguer
8. Potentiel SAOS [syndrome d'apnées obstructives du sommeil] avec score d'Epworth à 10/24
9. Céphalées de tension

Dans un avis du 23 mars 2021, le SMR a fait siennes les conclusions de l'expertise.

Par projet de décision du 29 mars 2021, l'OAI a signifié à l'assurée son intention de rejeter sa demande de prestations.

Celle-ci a présenté ses objections le 11 mai 2021 par l'intermédiaire de son conseil, Me Charles Munoz, en produisant notamment les résultats d'une imagerie réalisée le 19 mars 2021, ayant mis en évidence un conflit sous-acromial de l'épaule gauche avec une arthrose acromio-claviculaire modérée, une bursite sous-acromio-deltoïdienne et une tendinopathie fissurale du sus-épineux avec une petite déchirure transfixiante,

Dans un avis du 29 juin 2021, le SMR a relevé qu'il s'agissait d'une atteinte bénigne et qu'aucune limitation fonctionnelle durable n'était objectivée.

Par décision du 30 juin 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante au sens de l'assurance-invalidité. Dans une lettre du même jour, l'OAI a indiqué que la contestation de l'assurée n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

**b)** Le 3 août 2021, l'OAI a réceptionné un certificat d'arrêt de travail à 100 % établi le 30 juillet 2021 par le Dr P. \_\_\_\_\_ pour la période du 9 au 31 août 2021.

Par courrier du même jour, intitulé « Réexamen du droit aux prestations », l'OAI a informé l'assurée que si elle souhaitait qu'il réexamine une nouvelle fois le droit à des mesures professionnelles et à une rente en sa faveur, elle devait déposer une nouvelle demande et rendre plausible une modification de son degré d'invalidité. Il lui a transmis, à cet effet, un formulaire officiel en l'invitant à le retourner avant le 5 septembre 2021. Passé ce délai, il classerait le courrier du médecin sans autre suite. En cas de dépôt d'une nouvelle demande, il prendrait en considération pour celle-ci la date de réception du courrier de son médecin.

Par courrier de son mandataire du 11 août 2021, l'assurée a demandé à l'OAI de lui remettre une copie de son dossier, ce qu'il a fait en date du 12 août 2021.

**c)** Par courrier du 3 septembre 2021, l'assurée a retourné le formulaire de nouvelle demande de prestations rempli à l'OAI, qui l'a réceptionné le 6 septembre 2021. Outre le rapport du Dr V. \_\_\_\_\_ du 20 décembre 2018 et les résultats de l'imagerie de l'épaule gauche du 19 mars 2021, qui figuraient déjà à son dossier, l'assurée a produit un rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ du 17 août 2021 ayant la teneur suivante :

« Diagnostic :

- Coxarthrose droite
- conflit sous acromial de l'épaule gauche
- Cervicalgies de type mécanique chronique[s]
- Lombopialgies droite[s] chroniquement déficitaire[s]
- Migraines sans aura
- Etat anxiodépressif sévère avec somatisations secondaires.

Limitations fonctionnelles :

- Pas de lever des bras au-dessus des épaules.
- Pas de mouvements répétitifs du rachis
- Pas de poids supérieur à 5 kg.
- Les limitations fonctionnelles d'ordre psychologique sont à voir directement avec son psychiatre traitant.

Pronostic : Actuellement il existe une nette aggravation des symptômes de la lignée dépressive et avec une somatisation secondaire plus marquée. La capacité de travail étant principalement limitée au niveau psychologique, celle-ci devrait faire l'évaluation (sic) par un psychiatre. »

L'assurée a également transmis un rapport médical du chiropraticien F. \_\_\_\_\_ du 19 août 2021, qui reprenait les diagnostics de lésions dégénératives de l'épaule gauche et de la hanche droite. Il avait objectivé chez l'assurée des contractures musculaires généralisées, accompagnées de dysfonctions articulaires et rachidiennes multiples, ainsi qu'un net état dépressif et anxieux.

Un compte-rendu de la permanence SMR du 15 septembre 2021 mentionnait qu'il n'y avait pas de date ni de motif d'aggravation dans les rapports produits, que les limitations fonctionnelles n'étaient pas objectivées et que la situation médicale était identique à la précédente.

Le 23 septembre 2021, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision de refus d'entrée en matière sur sa nouvelle demande.

Le 25 septembre 2021, l'assurée a fait parvenir à l'OAI un certificat d'arrêt de travail à 100 % du 1<sup>er</sup> au 31 octobre 2021, établi le 28 septembre 2021 par le Dr P. \_\_\_\_\_, ainsi que le contrat de travail comme personnel temporaire qu'elle avait signé avec la ville d'[...] en vue d'accompagner un groupe de devoirs à raison de quatre heures par semaine du 15 septembre 2021 au 31 janvier 2022.

Par décision du 2 novembre 2021, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assurée, au motif que l'examen de son dossier n'avait montré aucun changement depuis la décision du 30 juin 2021.

**d)** Dans une lettre du mandataire de l'assurée adressée à l'OAI le 10 novembre 2021, celui-ci a indiqué que sa cliente n'entendait pas contester la décision du 2 novembre 2021 s'agissant de l'octroi d'une éventuelle rente, mais qu'elle souhaitait cependant pouvoir bénéficier de

mesures de réadaptation, étant éloignée du monde du travail depuis une longue période, et requérait de pouvoir bénéficier de mesures d'ordre professionnel ou de réinsertion.

Par courrier du 11 novembre 2021, l'OAI a répondu qu'un droit à des mesures professionnelles ou toutes autres prestations n'avait pas lieu d'être au vu des décisions du 20 juin 2021 [recte : 30 juin 2021] et du 2 novembre 2021.

Le 12 novembre 2021, Me Munoz a informé l'OAI qu'il n'était plus le conseil de l'assurée.

**e)** Par courrier du 17 novembre 2021 intitulé « Recours » et adressé à l'OAI, l'assurée a affirmé que son état de santé s'était aggravé, qu'elle n'allait pas du tout bien ni physiquement ni psychiquement. Elle lui a envoyé un courrier analogue le 19 novembre 2021. Elle a transmis plusieurs rapports qui, selon ses explications, auraient dû être produits par son avocat, ce qu'il n'avait pas fait :

- Dans un rapport du 11 août 2021, le Dr G.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était inchangé depuis le rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ du 22 juin 2020, dont il a confirmé les conclusions. Il a estimé que la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle était nulle et qu'elle pourrait travailler au maximum à 50 % dans une activité adaptée.
- Dans un rapport du 4 octobre 2021, les Drs R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et B.\_\_\_\_\_, médecin assistant, ont retenu comme diagnostic principal des cervicalgies basses droites mécaniques avec discopathie C4/C5, une paresthésie chronique non-déficitaire du territoire ulnaire droit, des lombo-pygalgies droites chroniques non-déficitaires avec discopathie L4/L5 et enthésopathies proximales des ischio-jambiers, des omalgies gauches chroniques avec une bursite sous-acromio-deltaïdienne et des coxalgies droites sur coxarthrose avec indication chirurgicale pour une arthroplastie totale. Comme

diagnostics secondaires, ils ont mentionné une obésité, un état dépressif chronique, des céphalées chroniques, une arthropathie temporo-mandibulaire bilatérale et une dépression post-partum dans le décours des accouchements de ses trois enfants. Sur le plan professionnel, ils estimaient que l'ancienne profession de caissière ne semblait plus exigible en raison des cervico-brachialgies et lombalgies chroniques et proposaient comme limitations fonctionnelles (en tout cas provisoires) un port de charge limité à 5 kg, l'absence de travail au-dessus du plan de l'épaule et de mouvements répétitifs rotatoires de l'épaule, l'absence de travail en position assise prolongée et en porte-à-faux prolongé, ainsi que l'absence de travail nécessitant des déplacements fréquents et l'utilisation répétée d'escaliers. Ils ont précisé que la patiente bénéficierait d'une évaluation des capacités fonctionnelles pour obtenir une appréciation plus objective de ces limitations.

- Par certificat médical du 22 octobre 2021, le Dr P. \_\_\_\_\_ a attesté un arrêt de travail à 90 % du 1<sup>er</sup> au 30 novembre 2021.

Par courriers des 19 et 24 novembre 2021, l'OAI a informé l'assurée que si elle souhaitait contester la décision du 2 novembre 2021, elle devait s'adresser au Tribunal cantonal et que si son état de santé s'était aggravé, elle était invitée à redéposer une demande de prestations auprès de l'OAI.

Après avoir réceptionné un rapport établi le 15 novembre 2021 par le Dr N. \_\_\_\_\_, l'OAI a invité l'assurée, par courrier du 6 décembre 2021, à déposer une nouvelle demande de prestations si elle souhaitait que l'OAI réexamine son droit à des mesures professionnelles et à une rente, ce que celle-ci a fait en date du 6 janvier 2022.

**B.** Par acte du 2 décembre 2021, I. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision du 2 novembre 2021 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation et à

l'entrée en matière sur sa nouvelle demande de prestations. Elle a également requis le bénéfice de l'assistance judiciaire pour les frais de procédure. Elle a fait valoir qu'elle était en totale incapacité de travail et souhaitait un réexamen de son dossier. Elle a joint à son recours le rapport médical établi le 15 novembre 2021 par le Dr N.\_\_\_\_\_, dans lequel celui-ci retenait les diagnostics de fibromyalgie, de lombalgies chroniques avec troubles dégénératifs étagés, déconditionnement physique et troubles statiques, de cervico-scapulalgies chroniques, et d'obésité comme comorbidité.

Le 5 janvier 2022, la recourante a renvoyé à la Cour de céans le formulaire d'assistance judiciaire complété, accompagné notamment d'un contrat de travail avec la commune d'[...] comme auxiliaire remplaçante aux cantines scolaires du 15 septembre 2021 au 31 juillet 2022 avec un horaire à la demande, ainsi que d'un certificat d'arrêt de travail à 100 % du Dr P.\_\_\_\_\_ pour la période du 1<sup>er</sup> décembre 2021 au 23 janvier 2022.

### **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.

**c)** Aux termes de l'art. 82 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours paraît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé. Dans ces cas, elle rend à bref délai une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (art. 82 al. 2 LPA-VD).

**2.** Le litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par la recourante le 3 août 2021, singulièrement sur la question de savoir si cette dernière a rendu plausible, eu égard aux pièces produites devant l'intimé, une modification significative de l'état de fait qui justifierait un nouvel examen de son cas depuis la dernière décision statuant sur son droit aux prestations entrée en force.

**3. a)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 2 novembre 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; 138 V 176 consid. 7.1; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à

celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**c)** Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée 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 la personne assurée 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).

**d)** Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 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 la personne assurée 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 la personne assurée 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).

**e)** 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 a déposé une première demande de prestations auprès de l'OAI, qui a été rejetée par décision du 30 juin 2021 au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante au sens de l'assurance-invalidité, comme cela ressortait de l'expertise pluridisciplinaire que l'OAI a fait réaliser auprès de W.\_\_\_\_\_.

A l'appui de sa nouvelle demande de prestations du 3 août 2021, la recourante produit un rapport du Dr P.\_\_\_\_\_ du 17 août 2021, qui atteste une nette aggravation des symptômes de la lignée dépressive, précise que sa capacité de travail est principalement limitée au niveau psychologique, et suggère que celle-ci fasse l'objet d'une évaluation par un psychiatre. Or, une telle évaluation a précisément eu lieu dans le cadre de l'expertise, à l'occasion de laquelle la recourante a été examinée par le psychiatre K.\_\_\_\_\_. Celle-ci a conclu à l'existence d'un trouble de la personnalité passive-agressive, non incapacitant, et a écarté la présence d'un trouble dépressif récurrent. Le rapport du Dr P.\_\_\_\_\_, qui n'est au demeurant pas spécialisé en psychiatrie, n'indique pas pour quels motifs il y aurait une aggravation sur le plan psychique et renvoie d'ailleurs à l'avis du psychiatre traitant pour ce qui concerne les limitations fonctionnelles d'ordre psychologique. Son rapport ne saurait dès lors rendre plausible une aggravation de la santé psychique de la recourante.

Le Dr P.\_\_\_\_\_ ne mentionne en outre pas d'aggravation sur le plan somatique, si ce n'est une somatisation secondaire à l'état psychique plus marquée. Les diagnostics de coxarthrose droite, de cervicalgies de type mécanique chronique, de lombopialgies droite et de migraines sans aura qu'il pose ne sont pas nouveaux et étaient connus des experts lorsqu'ils se sont prononcés (cf. résumé des pièces au dossier à l'annexe 1 de l'expertise). Le diagnostic de conflit sous acromial de l'épaule gauche a certes été posé postérieurement à l'expertise puisqu'il a

été mis en évidence par les imageries réalisées le 19 mars 2021, mais était connu au moment où la décision négative du 30 juin 2021 a été rendue. Comme relevé par le SMR dans son avis du 29 juin 2021, il s'agit d'un diagnostic sans gravité qui ne saurait fonder une aggravation de l'état de santé de la recourante.

De son côté, le chiropraticien F.\_\_\_\_\_ fait état de lésions dégénératives de l'épaule gauche et de la hanche droite, ainsi que d'un net état dépressif et anxieux. Pour les mêmes raisons qu'exposées ci-dessus, il faut constater que son rapport n'apporte aucun élément nouveau qui serait susceptible de rendre plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante.

A toutes fins utiles, on peut également préciser que les certificats d'arrêt de travail émis par le Dr P.\_\_\_\_\_ ne font qu'indiquer une incapacité de travailler, ce qui ne saurait fonder l'existence d'une aggravation. On peut d'ailleurs s'étonner que le Dr P.\_\_\_\_\_ ait à plusieurs reprises continué à attester une totale incapacité de travail alors même que la recourante a recommencé à travailler à taux partiel comme surveillante de devoirs et auxiliaire à la cantine.

Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 3 août 2021, les documents qu'elle a produits à l'appui de sa demande ne permettant manifestement pas de rendre plausible une aggravation de son état de santé.

**5. a)** Manifestement mal fondé, le recours doit par conséquent être rejeté et la décision attaquée confirmée, sans qu'il soit nécessaire de procéder à un échange d'écritures (art. 82 LPA-VD).

**b)** Selon l'art. 18 al. 1 LPA-VD, l'assistance judiciaire n'est accordée notamment que pour autant que les prétentions ou les moyens de défense du requérant ne soient pas manifestement mal fondés. Au vu des éléments développés ci-dessus, la procédure était clairement

dépourvue de chances de succès. En conséquence, la requête d'assistance judiciaire de la recourante doit également être rejetée (art. 61 let. f LPGA).

**c)** Au vu des circonstances, le présent arrêt est rendu sans frais (art. 50 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 2 novembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** La demande d'assistance judiciaire déposée par I. \_\_\_\_\_ est rejetée.
- IV.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Mme I. \_\_\_\_\_,
- 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 :