

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 janvier 2023

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Piguet et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Vulliamy

Cause pendante entre :

P. _____, à [...], recourante, représentée par Procap Suisse, Service juridique, à Bienne,

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. P._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], divorcée et mère de quatre enfants (nés en [...], [...], [...] et [...]), a travaillé en qualité de [...] jusqu'en 2003. Emargeant à l'aide sociale, elle a déposé une première demande de prestations le 14 août 2012 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état d'une « inflammation de l'os + divers (voir avec le Dr F._____) ».

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli les rapports des médecins traitants de l'assurée, les Drs F._____, spécialiste en rhumatologie, et L._____, médecin. Le Dr F._____ a, dans son rapport du 19 octobre 2012, posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de douleurs musculo-squelettiques diffuses, polyinsertionnelles, avec une composante de trouble somatoforme douloureux persistant depuis 2003 et de lombalgies dysfonctionnelles à prédominance statique, accentuées par les dysbalances et le déconditionnement global. Dans la rubrique des diagnostics sans effet sur la capacité de travail, il a mentionné : « [s]tatus post chirurgie de cure de hallux valgus bilatéral, ; récurrence du côté droit. Etat après calculs rénaux, traités par lithotripsie. » Le Dr F._____ a attesté une incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle, le rendement étant réduit en raison des douleurs diffuses et des limitations fonctionnelles, à savoir « limitations de la capacité de pratiquer des travaux lourds, contraignants ou répétitifs. Possibilité de soulever, porter ou déplacer des charges lourdes. Impossibilité d'effectuer un travail posté ou à la chaîne. Restriction des déplacements répétés, notamment sur terrain irrégulier, en pente, et pour monter et descendre les escaliers. Exposition au froid défavorable et non exigible dans les activités manuelles. Restrictions psychiques : baisse de la thymie et trouble somatoforme douloureux persistant ». S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, il a indiqué qu'« une activité professionnelle sédentaire, permettant l'alternance des positions assises et debout et ne comportant pas de port de charge, pourrait être exercée initialement à

raison de 3-4 heures par jour, et ce après l'application de mesures pour une réadaptation professionnelle. Ce travail pourrait être exercé dès qu'une activité adaptée pourra être trouvée ». Quant au Dr L._____, il a, dans son rapport du 5 novembre 2012, retenu comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail les diagnostics suivants : douleurs musculo-squelettiques diffuses, polyinsertionnelles, avec une composante de trouble somatoforme douloureux diffus, lombalgies dysfonctionnelles, status post cure de hallux valgus des deux côtés avec récurrence du côté droit, status post calculs rénaux et état anxio-dépressif. S'agissant de la capacité de travail, le Dr L._____ ne s'est pas prononcé et a renvoyé à l'appréciation du Dr F._____.

Compte tenu de ces éléments, l'OAI a, à la suite d'un avis médical du Service médical régional de l'assurance-invalidité (AI) (ci-après : le SMR) du 16 novembre 2012, confié un mandat d'expertise pluridisciplinaire au Centre C._____ de [...] (ci-après : Centre C._____) selon communication du 3 septembre 2013.

Au terme d'examens psychiatrique et rhumatologique, le Centre C._____ a rendu son rapport le 21 mars 2014. Les experts n'ont retenu aucun diagnostic susceptible de se répercuter sur la capacité de travail de l'assurée. En revanche, était mentionnée au titre de diagnostic sans incidence sur dite capacité une amplification de symptômes. Ils ont ainsi considéré que la capacité de travail était de 100 % dans toute activité sans limitation fonctionnelle. Il ressort également de cette expertise ce qui suit :

« *Situation actuelle et conclusions*

Sur le plan médecine interne, Madame P._____ a fait plusieurs lithiases urinaires, la dernière fois en février 2013 ; elle aurait encore présenté une hématurie au début septembre. Elle signale une hyperacidité gastrique bien contrôlée par pantoprazole et des hémorroïdes. Elle a actuellement un herpès labial.

Aucune de ces affections ne justifie une diminution de la capacité de travail.

Sur le plan rhumatologique, l'expertisée rapporte des plaintes multiples, diffuses, touchant les os, les articulations et les muscles. L'anamnèse n'est pas aisée avec réponses floues, peu précises ou à côté des questions. Les douleurs diffuses seraient invalidantes selon l'expertisée.

A l'anamnèse, il n'y a pas d'éléments évoquant des troubles dégénératifs significatifs, une pathologie inflammatoire ou un problème neurologique.

L'observation, avec des incohérences, un tableau parfois démonstratif et l'absence de signe d'une pathologie déterminée, évoque avant tout un syndrome douloureux sans corrélation objective. Le tableau clinique n'est pas typique d'une fibromyalgie. Du point de vue somatique, il n'y a pas de pathologie justifiant une incapacité de travail.

Sur le plan psychique, l'histoire psychiatrique ne révèle aucun antécédent psychiatrique familial. Le développement affectif a semble-t-il été harmonieux, sans notion de dysfonctionnement de la personnalité, en particulier sur le plan relationnel, tant personnel que professionnel.

Les plaintes du domaine psychique signalées par Madame P. _____, spontanément ou sur demande, sont très peu nombreuses, inconstantes et liées à la présence des douleurs. On relève qu'elle se réveille heureuse, que son humeur est stable, qu'elle conserve de l'énergie et des envies, qu'elle n'est pas irritable, ceci tant qu'elle n'a pas mal. Lors de la survenue d'un accès de douleurs, elle devient momentanément anxieuse et agitée. L'anamnèse relève par ailleurs de rares et très courts moments de dépersonnalisation, insuffisants pour orienter vers une pathologie et justifier des limitations.

Au status, on ne trouve pas d'arguments pour un épisode dépressif ou anxieux. C'est le caractère démonstratif et théâtral de Madame P. _____ qui domine et a frappé tous les experts, révélant un fonctionnement psychique particulier de la personnalité, du registre histrionique. Si l'expertisée ne rapporte aucun problème à ce sujet dans le passé, tel que difficultés relationnelles, on ne peut exclure que ces traits histrioniques aient contribué aux difficultés rencontrées avec les pères de ses enfants.

Les nombreuses incohérences relevées tout au long de cette expertise, l'absence de souffrance touchant les experts, de retrait socio-familial et de trouble dépressif malgré plus de 20 ans de douleurs font qu'un diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant ne semble pas adéquat, le sentiment de détresse n'étant pas présent ; on constate d'ailleurs que trois des quatre enfants sont nés depuis l'apparition des douleurs. Une amplification des symptômes est le diagnostic le plus approprié à cette situation.

Ni les traits histrioniques, ni l'amplification des symptômes ne limitent la capacité de travail. »

A ce rapport étaient annexés des documents amenés par l'assurée :

- un rapport du 11 décembre 2012 du Dr F. _____ selon lequel peu d'options thérapeutiques étaient à envisager en dehors de la pratique de séances de physiothérapie face à la persistance des douleurs musculo-squelettiques diffuses s'intégrant dans le contexte d'un trouble somatoforme douloureux persistant aggravé par des dysbalances musculaires et les douleurs polyinsertionnelles ;

- un rapport radiologique du 12 décembre 2012 du Dr S._____, spécialiste en radiologie, mentionnant de minimes amincissements des cartilages articulaires des mains au niveau des articulations interphalangiennes proximales mais sans production ostéophytaire associée et, au niveau des pieds, une légère sclérose de l'os sous-chondral de la base des premières phalanges de chaque côté. Cet élément, associé à un discret élargissement des bases des phalanges et des têtes des premiers métatarsiens, entre dans un contexte dégénératif légèrement plus prononcé à droite qu'à gauche ;

- un rapport du 30 août 2013 du Dr F._____ où il a confirmé que l'assurée présentait des douleurs musculo-squelettiques diffuses de caractère polyinsertionnelle s'intégrant dans le contexte d'un trouble somatoforme douloureux persistant aggravé par des dysbalances musculaires et le déconditionnement global. Sur le plan thérapeutique, il a précisé avoir renouvelé la prescription d'anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) topique associé à des mesures symptomatiques incluant des bains de Soufrol.

Dans un rapport du 28 avril 2014 du SMR, la Dre W._____, spécialiste en médecine interne générale, a conclu que la capacité de travail de l'assurée était entière sans limitation fonctionnelle.

Par décision du 30 juin 2014 confirmant un projet de décision du 30 avril 2014, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à des prestations de l'AI en l'absence d'atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité. Cette décision n'a pas été contestée et est entrée en force.

B. Le 30 juin 2017, l'assurée a déposé une deuxième demande de prestations en raison d'un trouble psychique apparu en février 2015 et a indiqué avoir été en incapacité de travail à 100 % du 1^{er} février 2015 au 1^{er} avril 2016, à 50 % du 1^{er} avril au 1^{er} juillet 2016 et être en incapacité totale de travail depuis le 1^{er} juillet 2016.

Par courrier du 4 juillet 2017, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il lui appartenait de rendre plausible l'aggravation de son état de santé par la production, dans un délai de trente jours, de rapports médicaux détaillés ou tout autre élément propre à constituer un motif de révision.

L'assurée a fait parvenir, dans le délai prolongé par l'OAI au 4 septembre 2017, un rapport du 28 août 2017 de la Dre B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre de l'assurée depuis le 12 février 2015, dans lequel elle a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode sévère avec des symptômes psychotiques fluctuants (F33.2-3) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Elle a attesté une incapacité de travail totale dans toute activité du 1^{er} février 2015 au 1^{er} avril 2016, une capacité de travail à 50 % du 1^{er} avril 2016 au 1^{er} juillet 2016 et à nouveau une incapacité de travail totale dès le 1^{er} juillet 2016. Elle a conclu qu'il s'agissait de graves troubles anxio-dépressifs avec une évolution chronique et des symptômes inquiétants du registre psychotique. Elle a précisé que le tableau clinique se complexifiait avec un syndrome douloureux somatoforme des plus handicapants et qu'aucune activité quotidienne ne se faisait sans un grand effort ni l'aide par une personne de son entourage. Selon elle, aucune activité n'était possible pour l'instant et il s'agissait probablement d'une incapacité de travail totale et durable.

Aux termes d'un mandat établi le 31 août 2017, le dossier a été soumis au SMR pour « [e]xamen de l'entrée en matière sur une nouvelle demande ». Par avis médical du 7 décembre 2017, la Dre K._____, médecin du SMR, a considéré qu'il fallait adresser une demande formelle de rapport médical à la Dre B._____ afin d'éclaircir la situation.

Dans un rapport du 8 janvier 2018 à l'OAI, la Dre B._____ a retenu les mêmes diagnostics avec effet sur la capacité de travail que dans son rapport du 28 août 2017 en ajoutant celui de trouble de la personnalité mixte compensé (traits borderline, dépendants, narcissiques,

sensitifs et impulsifs) (F61) depuis l'adolescence et a attesté les mêmes incapacités de travail. Elle a précisé que l'activité habituelle n'était plus exigible et que le rendement était nul en raison de restrictions psychiques, à savoir des symptômes anxio-dépressifs graves, des douleurs ayant tendance à se généraliser, des idées de mort, de ruine, de persécution, des troubles de la concentration et de l'attention, des difficultés à se motiver, à se concentrer sur une tâche, de la désorganisation et de graves problèmes relationnels au sein d'une équipe. S'agissant d'une activité adaptée, la Dre B._____ a exposé qu'elle n'était pas indiquée pour l'instant et que la situation serait à revoir d'ici six mois avec un pronostic toutefois très réservé. A ce rapport était annexé un rapport d'examen psychologique du 6 juin 2015 de U._____, psychologue clinicienne FSP, arrivant à la conclusion que le tableau présenté évoquait, sur le plan de l'organisation de personnalité, un fonctionnement de niveau état-limite, caractérisé essentiellement par la lutte contre le besoin d'étayage, par l'inversion relationnelle fort/faible et que le déni de tout affect négatif et les aspects narcissiques étaient aussi à signaler. Sur le plan de l'efficacité intellectuelle, les capacités logiques étaient juste à la limite de la norme, la mémoire de travail étant préservée.

Par avis médical du 16 janvier 2018, la Dre K._____ du SMR a fait état de ce qui suit :

« (...) **Discussion :**

Assurée qui s'était vue refusée une rente lors de sa 1^{ère} demande en 2012 au vu de l'absence d'atteinte incapacitante après expertise pluridisciplinaire concluant à une amplification des symptômes. Nouvelle IT depuis février 2015 (début suivi psychiatrique actuel) au regard de multiples atteintes psychiatriques, en particulier un TSD. Nous ne pouvons retenir le trouble de la personnalité alors qu'il n'y avait pas de dysfonctionnement de la personnalité à l'expertise du 21.03.2014 mais simplement des traits de personnalité histrionique, le TSD ne paraît pas non plus adéquat car non retenu lors de cette même expertise malgré une histoire algique depuis de nombreuses années, un trouble dépressif récurrent depuis l'adolescence ne semble pas approprié pour les mêmes raisons. Il y aurait une aggravation de sa symptomatologie anxio-dépressive plusieurs mois avant le début du suivi en février 2015 (pourtant la décision AI de juillet 2014 n'a pas été contestée), avec une dépression d'intensité sévère avec symptomatologie psychotique (« trouble de la pensée avec associations relâchées ») et nombreuses somatisations ; la description de la psychiatrie ne permet pas de corroborer cela, et le traitement actuel (suivi et médication) ne correspond pas à la prise en charge d'une dépression sévère, de plus le tableau présenté lors de

l'examen psychologique du 6.06.2015 est rassurant. Un état dépressif sévère est dès lors peu vraisemblable.

Conclusion :

En l'état nous ne pouvons admettre une nouvelle atteinte à la santé, il s'agit plutôt d'une évaluation différente du même tableau clinique.»

Par projet de décision du 17 janvier 2018, l'OAI a indiqué à l'assurée son intention de rejeter sa demande de prestations au motif que, après instruction de la nouvelle demande, force était de constater qu'il n'y avait eu aucune modification dans l'état de santé ayant une incidence sur la capacité de travail retenue dans la précédente décision.

Le 16 février 2018, l'assurée a présenté des objections à ce projet de décision et a produit différents rapports établis entre fin 2015 et début 2018 faisant état d'un diagnostic de fibromyalgie posé par les Drs M._____, médecin praticien et chef de clinique et Z._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin cadre hospitalier au Centre N._____, soulignant l'importance d'un suivi physiothérapeutique.

Par avis médical du 5 mars 2018, la Dre K._____ du SMR a considéré que les nouveaux rapports médicaux ne permettaient pas d'objectiver une nouvelle atteinte ou une aggravation de l'état de l'assurée depuis l'expertise du 21 mars 2014 où les plaintes étaient quasiment superposables.

Par décision du 8 mars 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Cette décision n'a pas été contestée et est entrée en force.

C. Le 17 février 2022, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI sans indiquer d'atteintes à la santé.

Par courrier du 10 mars 2022, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il lui appartenait de rendre plausible l'aggravation de son état de santé, dans un délai de trente jours, par la production de rapports médicaux détaillés ou tout autre élément propre à constituer un motif de révision.

Dans un rapport du 4 avril 2022, le Dr M. _____ a posé les diagnostics de fibromyalgie sévère, de polyarthralgies dans le cadre d'un psoriasis, d'un éventuel rhumatisme psoriasique et d'un état anxio-dépressif. Il a constaté que l'assurée présentait des douleurs polyarticulaires en exacerbation de manière très fluctuante avec par moment des chutes, dont la dernière serait intervenue deux semaines en arrière en marchant. Il a ajouté que l'examen clinique montrait des douleurs thoraco-abdominales diffuses, que l'assurée appliquait des AINS locaux autour de son pouce, que la palpation du gril costal était douloureuse, que des faibles dysfonctions étaient présentes et que le traitement physiothérapeutique avec des hydromassages aurait pu se poursuivre mais que les transports étaient difficiles.

Selon un rapport du 7 avril 2022, l'assurée est suivie, par épisodes, par le Dr Q. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, depuis le 17 janvier 1997. Ce psychiatre a expliqué que le médecin traitant de l'assurée, le Dr L. _____, lui avait adressée cette dernière pour un état anxieux et dépressif en lien avec une chute du 13 décembre 2021 à Lavey-les-Bains en sortant d'une baignoire lors de son traitement de physiothérapie. Il a expliqué qu'après avoir lutté pendant des années avec sa souffrance d'arthrose et de fibromyalgie, elle avait perdu pied. Il a ainsi retenu comme diagnostics « un épisode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique sans symptômes psychotiques (F32.11 vers F32.2) mais en plus avec des troubles dissociatifs » ainsi qu'une « migraine chronique et une Psoriasis multifocale (voir avec le Dr R. _____, dermatologue à Montreux) ». Il a attesté une incapacité totale de travailler depuis décembre 2021 s'inscrivant dans une chronicité certaine depuis plusieurs années déjà et a ajouté que le pronostic actuel était réservé avec une incapacité de travail installée dans la durée.

Il ressort ce qui suit d'un compte rendu de la permanence SMR du 16 mai 2022 :

« (...) **Conclusions de la permanence :**

traitement	Le médecin suppose une atteinte rhumatologique sans mettre en place un pas de bilan radiologique ou autre
dépressif	Sur le plan psy : en lien avec une chute, pas d'argumentation / Episode nommé mais pas étayé
clinique,	Pour entrer en matière : il faut démontrer l'atteinte rhumato par un examen l'arthrose pareil et argumenter la dépression

Suite à donner :

En l'état – REFUS d'entrer en matière »

Par projet de décision du 16 mai 2022, l'OAI a signifié à l'assurée son intention de ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations au motif qu'il n'avait pas pu constater que la situation s'était notablement modifiée.

Le 24 juin 2022, l'assurée a fait part de ses objections à ce projet de décision et a produit les rapports suivants :

- un certificat du Dr M._____ du 4 avril 2022 reprenant pour l'essentiel les termes de son rapport du 4 avril 2022 déjà produit mais précisant que l'assurée présentait une incapacité de travail de longue date et que sa situation s'était aggravée ces derniers mois ;

- le rapport du Dr Q._____ du 7 avril 2022 déjà produit ;

- une prescription de neuf séances de physiothérapie du 29 avril 2022 du Dr F._____ mentionnant les diagnostics suivants : « arthralgies et douleurs musculosquelettiques chroniques diffuses poly-insertionelles de type fibromyalgique versus trouble somatoforme douloureux persistant, cervicalgie de caractère musculaire dysfonctionnel et cervico-discarthrose débutante, lombalgie sur trouble statique et légère disco-facettarthrose L4-L5 et lombosacrée » ;

- un rapport radiologique du 2 mai 2022 de la Dre D._____, spécialiste en radiologie, constatant qu'il existait une rhizarthrose débutante caractérisée par des petits becs ostéophytaires et pincement de l'interligne articulaire, que les autres structures osseuses du carpe

étaient homogènes sans érosion ou anomalie des interlignes articulaires, qu'il n'y avait pas de lésion significative au niveau des articulations métacarpophalangiennes ou interphalangiennes des deux côtés, que la densité osseuse était homogène et qu'il n'y avait pas de lésion des parties molles ;

- un certificat médical du Dr Q._____ du 16 juin 2022 attestant une incapacité de travail à 100 % du 1^{er} juin au 31 août 2022 ;

- une attestation médicale du Dr Q._____ du 16 juin 2022 mentionnant qu'un « stage d'observation à l'AI [...] ou à [...] était nécessaire dès que possible ».

Par décision du 27 juin 2022, l'OAI a confirmé son projet de décision du 16 mai 2022 et a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assurée au motif que celle-ci n'avait pas rendu plausible un changement notable de sa situation depuis la décision du 30 juin 2014.

Par courriel du 30 juin 2022 adressé à l'OAI, l'assurée a transmis deux certificats médicaux :

- un certificat du Dr F._____ du 13 juin 2022 exposant que l'assurée présentait des douleurs invalidantes des mains, notamment des pouces sur rhizarthrose trapézométacarpienne et sensibilité mécanique digitale interphalangienne sur arthrose débutante ;

- un certificat du Dr M._____ du 27 juin 2022 selon lequel l'assurée présentait une situation nécessitant un stage d'observation à l'ORIPH d'[...] ou [...] pour cause de maladie.

D. Par acte du 29 août 2022, P._____, représentée par Procap Suisse, Service juridique, a recouru contre la décision du 27 juin 2022 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à son annulation, à la constatation qu'elle avait rendu plausible

que son état de santé s'était modifié, au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants, ainsi qu'à l'octroi de l'assistance judiciaire. Elle a fait valoir que, pour savoir si une modification déterminante était intervenue, il fallait comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente, soit en l'occurrence la décision de 2014 et non celle de 2018 qui était en réalité une décision de refus d'entrer en matière et non une décision de refus de prestations. Elle a également fait valoir que les experts du Centre C. _____ n'avaient pas constaté de signes de problèmes aux articulations périphériques ni d'arguments pour un épisode dépressif ou anxieux en 2014, contrairement aux rapports de ses médecins traitants établis en 2022 qui démontraient une évolution négative de son état de santé. Elle a finalement argué du fait qu'elle devait seulement rendre plausible la modification de son état de santé et non pas en apporter la preuve.

Dans sa réponse du 29 septembre 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours en alléguant que les pièces médicales produites dans le cadre de la nouvelle demande n'apportaient pas d'éléments permettant de conclure à une péjoration de l'état de santé de la recourante.

Par courrier du 14 décembre 2022, Procap Suisse, Service juridique a transmis sa liste d'opérations à la Cour de céans.

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. a) Le litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par la recourante le 17 février 2022, singulièrement sur la question de savoir si cette dernière a rendu plausible une aggravation de son état de santé qui justifierait un nouvel examen de son cas depuis la dernière décision entrée en force statuant sur son droit aux prestations, eu égard aux pièces produites devant l'intimé.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} 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). D'après les principes généraux en matière de droit transitoire, on applique, en cas de changement de règles de droit et sauf réglementation transitoire contraire, les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement et qui a des conséquences juridiques (ATF 138 V 176 consid. 7.1). Le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse, sous réserve de motifs particuliers imposant exceptionnellement l'application immédiate du nouveau droit (ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 119 Ib 103 consid. 5). Ainsi, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version entrant en vigueur le 1^{er} janvier 2022 s'appliquent à toutes les rentes qui prennent naissance à partir du 1^{er} janvier 2022 (cf. ch. 9100 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] valable dès le 1^{er} janvier 2022). Comme la date de la survenance de l'invalidité (art. 28 al. 1 et 1^{bis} LAI) peut ne pas coïncider avec la date du début du droit à la rente, une rente d'invalidité est traitée selon le nouveau droit si le début du droit naît

à partir du 1^{er} janvier 2022, même si la survenance de l'invalidité a été fixée à une date antérieure au 31 décembre 2021. Les rentes d'invalidité du nouveau droit sont donc les rentes dont le début du droit, au sens de l'art. 29 al. 1 et 2 LAI, est intervenu dès le 1^{er} janvier 2022 (cf. ch. 1007 et 1008 de la Circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rente linéaire [Circ. DT DC AI] valable dès le 1^{er} janvier 2022).

c) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si, entre autres exigences, il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b). L'art. 29 al. 1 LAI dispose quant à lui que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations. Ces dispositions s'appliquent également en cas de nouvelle demande à la suite d'un refus de prestations ; en d'autres termes, lors du dépôt d'une nouvelle demande à la suite d'un premier refus de prestations de l'assurance-invalidité, la naissance du droit à la rente reste subordonnée aux conditions prévues aux art. 28 et 29 LAI (ATF 140 V 2 consid. 5.3 ; TF 8C_623/2020 du 2 août 2021 consid. 4.2).

d) En l'occurrence, la décision attaquée date du 27 juin 2022 et fait suite au dépôt d'une troisième demande par la recourante en date du 17 février 2022. Aussi, le droit à une éventuelle rente prendrait naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter du 17 février 2022. Ainsi, il convient d'appliquer le nouveau droit, même si l'état de fait déterminant à examiner, à savoir l'existence ou non d'une aggravation de l'état de santé de la recourante, se situe avant 2022.

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). 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 consid. 3.1 ; 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 (TF 9C_384/2021 du 25 avril 2022 consid. 3).

c) Lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3 ; 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3). Par ailleurs, « rendre plausible » ne doit pas être compris au sens de la preuve de la vraisemblance prépondérante telle qu'elle est souvent exigée en droit des assurances sociales. Il ne s'agit en effet pas ici d'apporter une « preuve complète » qu'un changement notable est intervenu dans l'état de fait depuis la dernière décision. Il suffit bien plutôt qu'il existe des indices à l'appui de ce changement et que le juge et l'administration puissent être convaincus que les faits allégués se sont vraisemblablement produits (Michel Valterio, Droit de l'assurance-veillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n. 3100, p. 840 s.).

d) 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).

e) On ajoutera que la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4).

4. a) En l'espèce, il convient dans un premier temps de déterminer la nature de la décision rendue le 8 mars 2018 par l'intimé, singulièrement de trancher le point de savoir si cette décision doit être considérée comme un refus d'entrer en matière comme le soutient la recourante ou comme un refus de prestations basé sur un examen au fond.

b) A cet égard, il faut relever qu'on ne saurait s'arrêter à la dénomination formelle de la décision attaquée, ni aux termes employés par celle-ci. Les décisions de l'administration ne doivent en effet pas être interprétées de manière littérale, mais selon leur sens véritable, conformément à leur signification juridique concrète (ATF 120 V 496 consid. 1a). Peu importe, dès lors, que la décision du 8 mars 2018 porte sur un refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles et se réfère à l'instruction de la nouvelle demande déposée le 30 juin 2017 pour en déduire l'absence d'aggravation de l'état de santé dans le contexte d'une appréciation différente d'un même état de fait. Ces seuls éléments

ne sauraient faire oublier que la recourante n'a produit aucun document à l'appui de sa nouvelle demande, de telle sorte que l'administration lui a imparti un délai pour rendre plausible l'aggravation de son état de santé. C'est ainsi que la recourante a transmis un rapport du 28 août 2017 de la Dre B._____ posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode sévère avec des symptômes psychotiques fluctuants (F33.2-3) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et attestant une incapacité de travail totale dans toute activité du 1^{er} février 2015 au 1^{er} avril 2016, une capacité de travail à 50 % du 1^{er} avril 2016 au 1^{er} juillet 2016 et à nouveau une incapacité de travail totale dès le 1^{er} juillet 2016. A la demande de l'OAI, la Dre B._____ a rendu un rapport le 8 janvier 2018 dans lequel elle a ajouté un nouveau diagnostic par rapport à son premier rapport d'août 2017, à savoir celui de trouble de la personnalité mixte compensé (traits borderline, dépendants, narcissiques, sensitifs et impulsifs) (F61). Tout en attestant des mêmes incapacités que dans son premier rapport, la Dre B._____ a précisé que l'activité habituelle n'était plus exigible et que le rendement était nul en raison de restrictions psychiques, à savoir des symptômes anxio-dépressifs graves, des douleurs ayant tendance à se généraliser, des idées de mort, de ruine, de persécution, des troubles de la concentration et de l'attention, des difficultés à se motiver, à se concentrer sur une tâche, de la désorganisation et de graves problèmes relationnels au sein d'une équipe. S'agissant d'une activité adaptée, celle-ci n'était pas indiquée pour l'instant et la situation serait à revoir d'ici six mois avec un pronostic toutefois réservé. En se fondant sur un avis médical du 16 janvier 2018 du SMR niant l'existence d'une nouvelle atteinte à la santé et considérant qu'il s'agissait d'une évaluation différente du même tableau clinique, l'OAI a rendu un projet de décision le 17 janvier 2018 rejetant la demande de prestations de l'assurée. Or il faut constater ici que l'intimé s'est contenté, à réception des deux rapports de la Dre B._____, de demander l'avis du SMR. Ces démarches ne signifient cependant pas encore que l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande de la recourante. En effet, même s'il appartient à l'assuré qui introduit une nouvelle demande de rendre plausible que son invalidité s'est modifiée (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5), l'OAI reste libre de prendre lui-même des

mesures limitées pour clarifier la situation, sans qu'on puisse déjà en déduire qu'il est entré en matière sur cette demande. Il peut ainsi, comme en l'espèce, obtenir l'avis d'un médecin du SMR (TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 3) ou par exemple, lorsque la demande repose sur un simple certificat du médecin traitant, s'adresser à ce médecin pour obtenir un rapport complet (TF 8C_844/2012 du 5 juin 2013 consid. 2.1 et les arrêts cités). Il suit de là que, dans le cas particulier, l'OAI s'est indéniablement limité à l'examen des conditions d'entrée en matière - ainsi que cela ressort, du reste, du libellé du mandat SMR établi le 31 août 2017 - et n'a pas débuté l'instruction de la nouvelle demande (voir dans ce sens TF 9C_384/2021 du 25 avril 2022 consid. 5.1 ; voir également TFA I 522/03 du 4 mai 2004 consid. 3.2).

La décision de l'OAI du 8 mars 2018 doit par conséquent être analysée sous l'angle d'un refus d'entrer en matière sur la deuxième demande de prestations introduite le 30 juin 2017. Ainsi, il y a lieu de considérer que la seule décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est celle du 30 juin 2014, entrée en force, comme cela est d'ailleurs mentionné dans la décision litigieuse.

5. a) Dès lors que l'intimé n'est pas entré en matière sur la troisième demande de prestations déposée par la recourante le 17 février 2022, il n'y a pas lieu d'examiner si, entre la décision entrée en force du 30 juin 2014 refusant des prestations à la recourante et la décision litigieuse du 27 juin 2022, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité - et donc le droit à la rente - s'est produit. En d'autres termes, 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 décision de refus rendue le 30 juin 2014 par l'office intimé.

b) Sur le plan somatique, l'assurée présente des douleurs polyarticulaires avec des chutes, notamment le 13 décembre 2021 à Lavey-les-Bains en sortant d'une baignoire lors de son traitement de

physiothérapie et en mars 2022 en marchant (cf. rapports des 4 et 7 avril 2022 des Drs M._____ et Q._____). L'assurée présente également une migraine chronique et un psoriasis multifocal traité par la Dre R._____ (cf. rapport du Dr Q._____ du 7 avril 2022). S'il s'agit incontestablement de nouvelles atteintes à la santé qui n'existaient pas lors de la première évaluation matérielle ayant abouti à la décision de refus de 2014, il ne suffit pas qu'une atteinte jusqu'alors non diagnostiquée le soit au moment d'une nouvelle demande pour justifier que l'OAI entre en matière sur cette dernière et procède à son instruction, mais il faut encore que l'atteinte nouvellement mise en évidence permette de tenir pour établi de façon plausible que l'invalidité de l'assurée s'est modifiée de manière à influencer ses droits. En effet, du point de vue de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic mais l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est pertinent (TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2). En l'occurrence, une aggravation de l'invalidité de la recourante n'est pas rendue plausible dès lors que le Dr M._____ ne se prononce pas sur l'évaluation de la capacité de travail de la recourante, se limitant à faire état d'une exacerbation fluctuante. Les documents produits par la recourante le 24 juin 2022 n'apportent pas non plus d'éléments susceptibles de rendre plausible une modification de l'invalidité depuis le précédent refus de prestations. En effet, le certificat du 4 avril 2022 du Dr M._____ déclarant la recourante inapte au travail de longue date et la prescription de séances de physiothérapie du 29 avril 2022 ne contiennent aucun étayage concret. Le rapport radiologique du 2 mai 2022 de la Dre D._____ ne contient aucun élément allant dans le sens d'une potentielle péjoration des atteintes somatiques. Si on y lit qu'il existe une rhizarthrose débutante caractérisée par des petits becs ostéophytaires et pincement de l'interligne articulaire, aucune notion de détérioration ne peut cependant être retenue, ce d'autant plus qu'un simple rapport radiologique ne contient aucune appréciation médicale circonstanciée attestant d'une péjoration de l'état de santé susceptible d'entraîner une modification de la capacité de travail. S'agissant des certificats du Dr F._____ du 13 juin 2022 et du Dr M._____ du 27 juin 2022, ceux-ci ne sauraient être pris en compte dès lors qu'ils ont été produits après que l'intimé a rendu sa décision du 27 juin 2022. Par

ailleurs, force est de constater que la recourante n'a produit aucun rapport d'un rhumatologue traitant, ni de la Dre R._____, dermatologue, permettant de retenir que les atteintes alléguées la limiteraient de quelque façon que ce soit.

On doit par conséquent admettre que rien, sur le plan physique, ne permet de conclure à une aggravation plausible de l'état de santé de la recourante.

c) Sur le plan psychique, il y a lieu d'observer tout d'abord que les certificat d'arrêt de travail et attestation médicale du 16 juin 2022 du Dr Q._____ n'ont pas d'incidence dans le cas particulier, aucun raisonnement médical n'y étant développé.

Pour le reste, il est vrai que si le Dr Q._____ a diagnostiqué le 7 avril 2022 un épisode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique, sans symptômes psychotiques (F32.11 vers F32.2) avec en plus des troubles dissociatifs, son rapport n'est ni détaillé ni médicalement objectivé. Il se contente en effet de poser des diagnostics sans procéder à une anamnèse ni exposer l'évolution de l'état de santé de l'assurée alors qu'il dit la suivre de manière épisodique depuis le 17 janvier 1997, soit bien avant la première demande AI de 2014. Il ne fait pas non plus état d'un éventuel suivi hospitalier, ni d'un renforcement du suivi ambulatoire en cabinet privé, notamment par la prescription de nouveaux médicament en lien avec les troubles diagnostiqués. Au contraire, il a indiqué que c'était le médecin traitant de la recourante qui lui avait adressé la patiente pour un état anxieux et dépressif en lien avec une chute du 13 décembre 2021, ne permettant ainsi pas de déterminer la fréquence du suivi de la recourante. L'aggravation évoquée par le Dr Q._____ dès décembre 2021 compte tenu de l'apparition de troubles dissociatifs n'est ni étayée médicalement ni détaillée. Au vu du diagnostic d'amplification des symptômes retenus par les experts dans leur expertise du 21 mars 2014, il est d'autant plus important d'obtenir des données objectives pour rendre plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante ce que le Dr Q._____ ne parvient en l'occurrence pas à établir, se contentant de faire

mention d'une « incapacité totale de travailler, qui est inscrite dans une chronicité certaine depuis plusieurs années déjà » sans aucun développement permettant d'en valider l'authenticité. Dans ce contexte, retenir un diagnostic nouveau en fonction de constatations globalement identiques ne constitue qu'une appréciation différente d'un même état de fait qui ne rend pas plausible une modification notable de l'état de santé. En définitive, le Dr Q._____ n'indique pas en quoi les atteintes qu'il retient impliqueraient des limitations fonctionnelles nouvelles suffisamment notables pour qu'elles rendent plausible une modification substantielle de l'état de fait susceptible d'ouvrir un droit aux prestations.

d) A la lumière de ce qui précède, il y a lieu de retenir que la recourante, qui n'a certes pas à apporter une preuve stricte de l'aggravation comme elle le soutient d'ailleurs à raison, n'a toutefois 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 bon droit que l'office intimé a retenu que les conditions de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI n'étaient pas réalisées et a conséquemment refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande.

6. a) L'assistance judiciaire est accordée, sur requête, à toute partie à la procédure dont les ressources ne suffisent pas à subvenir aux frais de procédure sans la priver du nécessaire, elle et sa famille, et dont les prétentions ou les moyens de défense ne sont pas manifestement mal fondés (art. 18 al. 1 LPA-VD).

En l'occurrence, bénéficiaire du revenu d'insertion qui lui assure uniquement son minimum vital, l'assurée se trouve dans une situation d'indigence. Il y a donc lieu de lui octroyer l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice et de l'exonérer de la franchise mensuelle à titre de participation aux frais de procès.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à

600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. Ils sont provisoirement supportés par l'Etat, au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice.

La partie recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser le montant des frais de justice dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 27 juin 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** La requête d'assistance judiciaire concernant l'exonération d'avances et des frais judiciaires déposée le 29 août 2022 par P._____ est admise.
- IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

V. Il n'est pas alloué de dépens.

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 mis 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 :

- Procap Suisse, Service juridique (pour P. _____),
- 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 :