

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 juillet 2024

Composition : M. NEU, président
M. Küng et Mme Silva, assesseurs
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

N. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. N. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 198[...], a travaillé en qualité de comptable, en dernier lieu pour Y. _____ AG jusqu'au 28 février 2017, date de la résiliation des rapports de travail.

En arrêt de travail depuis le mois de juin 2016, l'assurée a déposé, le 14 octobre 2016 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi d'une rente et de mesures de réadaptation professionnelle. Elle a indiqué dans sa demande souffrir de troubles cognitifs et de l'adaptation.

L'OAI a notamment recueilli le dossier de l'assureur perte de gains en cas de maladie du dernier employeur, U. _____ SA, contenant une expertise du 31 mars 2017 réalisée par le Dr A. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel avait posé le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement instable de type borderline. Il a estimé que la symptomatologie psychique de l'assurée était sévère, limitante, raison pour laquelle il admettait un arrêt de travail d'encore six mois, proposant une reprise dans un travail bien structuré par le biais de mesures de réintégration professionnelle de l'AI afin notamment d'évaluer la capacité de travail définitive.

Procédant à l'instruction de cette demande, l'OAI a notamment confié un mandat d'expertise psychiatrique au Dr O. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a posé, dans un rapport du 5 novembre 2018, les diagnostics de trouble spécifique de la personnalité, trouble mixte de la personnalité avec une problématique anxieuse, psychonévrotique et émotionnellement instable (F61.0), d'anxiété généralisée avec état anxieux d'intensité moyenne (F41.1) et de neurasthénie (F480) (p. 21). Il a estimé que l'incapacité de travail, laquelle remontait au 6 juin 2016, avait été de 100 % jusqu'au 31 décembre 2017 ceci dans toutes activités, puis, en ce qui concernait une activité adaptée

aux limitations fonctionnelles (anxiété constitutionnelle, anxiété situationnelle, difficultés de gestion émotionnelle, ruminations, pensées circulaires, difficultés relationnelles, fonctionnement psychonévrotique) de 50 % du 1^{er} janvier 2018 au 4 novembre 2018, puis de 40 % dès le 5 novembre 2018.

Par communication du 22 mars 2019, l'OAI a octroyé à l'assurée une aide au placement.

Par décisions du 21 juin 2019, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2017 au 31 mars 2018, une demi-rente d'invalidité du 1^{er} avril 2018 au 28 février 2019 et un quart de rente dès le 1^{er} mars 2019.

Ces décisions sont entrées en force.

A l'issue de la période d'observation professionnelle, l'OAI a indiqué dans un rapport du 5 octobre 2021 que, de l'appréciation des centres en question, la capacité de travail de l'assurée n'était « *pas exploitable dans la première économie* ».

Le 6 décembre 2021, le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a transmis à l'OAI un rapport d'évaluation neurocognitive de la Dre H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, laquelle a mis en évidence un profil intellectuel homogène dans la moyenne avec de réelles forces sur le plan de l'abstraction visuelle et verbale, mais avec une vitesse de traitement de l'information limitée, des capacités cognitives générales altérées et des performances fluctuantes, un déficit massif au niveau de la capacité de concentration et d'attention qui affaiblissaient l'activation de ses autres ressources cognitives, un fléchissement exécutif et, sur le plan clinique, un ralentissement moteur et un blocage de la pensée. Elle préconisait, à titre de mesure de réinsertion, une mesure d'endurance.

B. Le 28 avril 2022, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations, faisant valoir que son état de santé s'était aggravé.

Par décision du 20 juin 2022, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande, faute d'élément rendant plausible une aggravation de l'état de santé de l'assurée.

C. a) Le 10 novembre 2022, N._____ a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI par l'intermédiaire de son psychiatre traitant, le Dr K._____. Ce dernier a observé que sa patiente avait pendant longtemps déployé beaucoup d'énergie pour masquer et compenser ses troubles et ses difficultés. Ce spécialiste a observé, depuis 2019, que la situation de l'assurée s'était aggravée et qu'elle ne parvenait plus à mobiliser suffisamment de ressources pour perpétuer ce fonctionnement, tel que cela avait été mesuré dans le cadre des évaluations neuropsychologiques et notamment du dernier bilan du 29 septembre 2022. Le Dr K._____ a estimé que la capacité de travail était nulle depuis début 2019.

Le 1^{er} décembre 2022, l'assurée a complété le questionnaire de révision de rente en se référant au rapport du Dr K._____ du 14 novembre 2022 et au bilan neuropsychologique du 29 septembre 2022.

Sollicitée pour avis, la Dr B._____ a fait savoir, dans un compte rendu de la permanence SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) du 14 mars 2023, qu'il n'y avait aucun changement notable au plan médical, la situation étant superposable à celle existant depuis l'expertise du 5 novembre 2018 du Dr O._____, avec des limitations fonctionnelles inchangées.

Par décision du 3 août 2023, confirmant un projet de décision du 14 mars 2023, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée, au motif qu'il n'y avait pas de modification notable de sa situation.

b) Par acte déposé le 8 septembre 2023, N._____, désormais représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne, a recouru contre la décision du 3 août 2023 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à la réforme de la décision attaquée dans le sens de l'octroi d'une rente entière à compter du 1^{er} janvier 2020 et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI. Elle s'est référée au rapport du 10 novembre 2022 de son psychiatre traitant, le Dr K._____, et a sollicité la tenue de débats publics.

Dans sa réponse du 31 octobre 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Par écritures des 10 janvier et 12 février 2024, les parties ont confirmé leurs conclusions respectives, la recourante produisant une évaluation du Dr K._____ du 5 janvier 2024.

Le 29 février 2024, à l'invitation du magistrat instructeur, la recourante a maintenu sa requête de débats publics.

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 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) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3 ; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'occurrence, la décision du 3 août 2023 ne porte que sur un refus d'entrer en matière, ce que l'intimé a confirmé dans sa réponse du 31 octobre 2023, si bien que litige a pour seul objet la question de savoir si l'OAI était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 10 novembre 2022 par N._____, sa conclusion en réforme étant manifestement irrecevable.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'occurrence, un éventuel droit de la recourante à une rente entière d'invalidité prendrait naissance au mois d'avril 2023, soit six mois après le dépôt de sa demande du 5 octobre 2022 (art. 29 al. 1 LAI). Ce sont donc les dispositions de la LAI et du RAI dans leur teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022 qui s'appliquent.

4. 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-vieillesse 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).

5. a) En l'occurrence, l'office intimé a, par sa décision du 3 août 2023, refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations d'invalidité déposée par la recourante le 10 novembre 2022. Il

n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre les décisions du 21 juin 2019 entrées en force et la décision litigieuse du 3 août 2023, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité - et donc le droit à la rente - s'est produit. Il faut au contraire se limiter à examiner si la recourante, dans ses démarches auprès de l'office intimé, jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'est modifiée depuis les décisions du 21 juin 2019 - lesquelles ont donné lieu à un examen matériel du droit à la rente - en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrée en matière du 3 août 2023 et les circonstances qui prévalaient à l'époque des décisions du 21 juin 2019.

b) Dans la décision attaquée, l'intimé a retenu qu'il n'existait pas d'aggravation de l'état de santé de la recourante, si bien que c'était à juste titre qu'il avait refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. La recourante prétend au contraire qu'elle a rendu plausible une péjoration de son état de santé sur la base du rapport du Dr K. _____ du 10 novembre 2022 et de l'évaluation cognitive effectuée le 29 septembre 2022.

c) Le droit à un quart de rente dont bénéficie actuellement la recourante est justifié par une incapacité de travail de 40 % retenue sur la base du rapport d'expertise du 5 novembre 2018 du Dr O. _____. Ce dernier retenait les diagnostics de trouble spécifique de la personnalité, trouble mixte de la personnalité avec une problématique anxieuse, psychonévrotique et émotionnellement instable (F61.0), d'anxiété généralisée avec état anxieux d'intensité moyenne (F41.1) et de neurasthénie (F480) (p. 21). Il avait apprécié la situation en ces termes (pp. 21-22) :

« En examen, nous avons vu et décrit une femme qui a montré d'entrée quelques signaux anxieux, sans signe de ralentissement significatif (cf. application échelle EDR), sans symptômes dépressifs non plus (cf. échelle MADRS). Elle était dans des explications très intenses, parfois envahissante par rapport à son vécu subjectif, notion personnelle de dissociation, de dysfonctionnement cognitif et autres, aussi passablement auto référencée à son propre système de compréhension des choses.

Dans l'interaction elle avait un côté envahissant, pénible et une anosognosie partielle par rapport à ce dysfonctionnement. Ceci est assez typique pour la présence d'un trouble de personnalité. Elle était passablement défensive, à tout moment dans le registre psychonévrotique mentionné, assez nettement anxieuse sous-jacente.

Nous avons conclu après l'examen qu'en dehors du trouble de personnalité discuté, en dehors aussi des tendances neurasthéniques, il existe bien une problématique anxieuse qui à la fois à son insertion dans la personnalité, à la fois se trouve « flottante », à savoir dans un diagnostic d'anxiété généralisée.

(...)

Ces problématiques/diagnostics sont en vigueur depuis longtemps. L'assurée a décompensé en 2016, ceci dans un contexte qui est aujourd'hui difficile à retracer, mais en finalité c'était le cas. Il y a eu ensuite la psychothérapie, de même une certaine amélioration à la fois objective, à la fois subjective. L'expert précédent avait retenu un état sévère encore en mars 2016 et s'est prononcé pour une réévaluation six mois après. Il n'était pas très sûr de la capacité de travail puisqu'il a proposé des mesures d'observation pour déterminer celle-ci. L'assurée elle-même vit dans une position d'une part de suivre la thérapie, d'autre part d'attendre « la guérison de l'intérieur ». Comme mentionné elle était assez défensive par rapport à toute approche de style réinsertion. La situation sociale est restée stagnante.

Après pondération de tous les éléments et nos analyses effectuées nous sommes arrivés à la conclusion qu'il existe à partir de maintenant une exigibilité de principe de se réinsérer dans le monde professionnel. Nous évaluons le taux de cette insertion à 60 %. L'assurée dispose toujours de ressources et une telle confrontation avec la réalité serait en même temps thérapeutique. Il n'est par ailleurs plus nécessaire qu'elle soit dans des activités si poussées comme elle a assumé antérieurement (assistante de manager) et être dans des postes à responsabilité. Elle était très ambiguë par rapport au monde dans lequel elle a évolué, mais il n'existe d'un point de vue médico-psychiatrique aucune contre-indication de principe pour un travail de comptable. Par contre, si elle souhaite orienter sa carrière dans une autre direction, ceci lui appartient. »

Le Dr O. _____ a évalué les ressources de la recourante en ces termes (p. 23) :

« Les troubles fonctionnels sont les suivants : anxiété constitutionnelle, anxiété situationnelle, difficultés de gestion émotionnelle, ruminations, pensées circulaires, difficultés relationnelles, fonctionnement psychonévrotique.

On peut mentionner comme facteurs extra-médicaux : fixation sur symptômes, fixation sur interprétation subjective, position de victime, déconditionnement relativement avancé.

Les ressources disponibles ou mobilisables chez l'assurée sont les suivantes :

- aptitude à la communication : normale
- capacité à respecter un cadre : bonne
- capacité d'adaptation : légèrement limitée
- capacité d'organisation : bonne
- capacité d'endurance : partiellement limitée
- capacité prise de décision : limitée
- capacité relationnelle (couple, famille, groupe) : existe de principe
- existe-t-il un réseau social : oui
- autonomie dans les activités quotidiennes : oui »

d) Dans son rapport du 10 novembre 2022 à l'origine de la nouvelle demande de prestations, le Dr K. _____ a indiqué que la recourante avait débuté un traitement à sa consultation au mois de mai 2019 et qu'il avait récemment observé une péjoration de son état de santé psychique. La recourante décrivait une anxiété sociale très prononcée et limitante, toute situation interactionnelle provoquant une augmentation de la tension interne. Ses difficultés augmentaient en situation de stress. Elle se plaignait en outre de fluctuation de sa santé psychique qui l'empêchait de planifier des activités ou des rencontres sur le moyen ou le long terme. Le Dr K. _____ observait une tendance prononcée à la procrastination, une estime de soi très dégradée avec des sentiments d'échec récurrents et une propension à être vite et durablement déstabilisée. Sur le plan clinique, il confirmait un fonctionnement compatible avec un trouble dissociatif non spécifié (CIM-10) ou d'autres troubles dissociatifs non spécifiés (CIM-11), comme évoqué dans l'expertise du Dr O. _____, avec présence d'une amnésie d'intensité modérée, des symptômes de dépersonnalisation et de déréalisation, une confusion et une altération de l'identité ainsi qu'un certain nombre de symptômes dissociatifs d'allure somatoforme (troubles visuels, auditifs, de l'élocution, vertiges, problèmes digestifs, urinaires, douleurs diffuses et mal systématisées, sans étiologie organique). Or, ces symptômes d'allure somatoforme n'étaient clairement pas mentionnés par l'expert O. _____ et n'ont pas fait l'objet de plaintes antérieures de la

part de la recourante, ce qui justifie, dans le cadre d'une péjoration de l'état de santé, une nouvelle évaluation.

Sur le plan neurocognitif, le Dr K. _____ rappelle qu'une première évaluation au mois de juin 2020 avait mis en lumière un profil intellectuel homogène avec toutefois une vitesse de traitement de l'information limitée, des capacités cognitives altérées avec performances fluctuantes, un ralentissement moteur et un blocage de la pensée. Les tests mettaient aussi en évidence un fléchissement exécutif et un déficit massif au niveau de la capacité de concentration et d'attention, déficit qui impactait négativement l'activation d'autres ressources. Le Dr K. _____ a en outre rappelé l'étiologie psychique de ces difficultés cognitives. Il a mentionné que l'adaptation de la médication avait eu un effet partiel sans impact toutefois sur les difficultés cognitives. Le nouveau bilan neuropsychologique du 29 septembre 2022 avait montré une situation superposable. Dans ce cadre, la recourante a bénéficié de la mise en place d'une activité bénévole dont les suites restaient en suspens. Il n'en demeure pas moins qu'il ne s'agit pas d'un emploi au taux de 60 % tel qu'envisagé par l'expert, ce qui peut également rendre compte d'une péjoration de la situation.

Il faut également relever que l'asthénie et la fatigabilité, persistantes et en aggravation depuis début 2019, avaient amené le Dr K. _____ à demander une évaluation des symptômes neurasthéniques auprès d'un centre spécialisé dont les délais de consultations sont notoirement élevés. Il observe à cet égard que la recourante a déployé beaucoup d'énergie pour masquer et compenser ses troubles et ses difficultés, vraisemblablement avec un certain succès dans la mesure où elle a pu travailler pendant un certain nombre d'années, ceci au prix de nombreuses heures supplémentaires. Il observe cependant que la situation s'est aggravée dans la mesure où la recourante n'arrivait plus à mobiliser suffisamment de ressources pour perpétuer ce fonctionnement, ce qui constitue aussi un plausible fait nouveau qui mérite de plus amples investigations.

Il résulte de ce qui précède que la recourante a rendu plausible une péjoration de son état de santé, ce qui ne signifie pas encore que cette péjoration soit établie au degré de la vraisemblance prépondérante, mais justifie en revanche d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.

Au regard de ces éléments objectifs, l'office intimé ne pouvait, nonobstant le bref avis de son service médical dans le compte rendu de la permanence SMR du 14 mars 2023, refuser d'instruire la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante, la situation actuelle n'apparaissant pas identique à celle qui prévalait à l'époque des décisions du 21 juin 2019. Cette brève prise de position du SMR n'est ni motivée ni circonstanciée et n'aborde ni ne discute les nouveaux éléments produits par la recourante, si bien qu'elle ne permet pas d'écarter une aggravation de l'état de santé psychiatrique, voire psychosomatique, que la recourante rend plausible, à dire d'un médecin traitant spécialiste.

e) Aussi, c'est de manière contraire au droit fédéral que l'office intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante, si bien qu'il convient de renvoyer la cause à cet office afin qu'il entre en matière sur cette nouvelle demande puis, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), mette en œuvre les mesures d'instruction idoines aux fins d'éclaircir la situation sur le plan psychiatrique, au besoin par la mise en œuvre d'une expertise neutre.

6. La recourante a requis la mise en œuvre de débats publics. Cette mesure est cependant superflue dès lors que l'issue du litige lui est favorable, si bien qu'il n'y a pas lieu de donner suite à cette requête.

7. a) Bien fondé, le recours doit être admis dans la mesure de sa recevabilité et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour qu'il entre en matière sur la demande de prestations de la recourante du 10 novembre 2022.

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 intimée, vu l'issue du litige.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un avocat, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis dans la mesure de sa recevabilité.

- II. La décision rendue le 3 août 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à N. _____ 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier