

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 septembre 2019

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
MM. Neu et Piguet, juges
Greffière : Mme Berseth

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6, 7 et 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI ; art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. **a)** A. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 24 juin 2016, invoquant des douleurs de dos et au pied droit. Auparavant, elle était employée en qualité d'aide de cuisine à 75% jusqu'à son licenciement intervenu le 28 février 2015.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli des renseignements médicaux auprès de différents médecins de l'assurée et fait verser des pièces du dossier constitué par l'assureur perte de gain.

Dans un rapport d'expertise rhumatologique du 2 juillet 2015, le Dr K. _____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, mandaté par l'assureur perte de gain, a retenu comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail une talalgie aponévrotique persistante à droite (aponévrosité plantaire) et une lombo-pseudo-sciatalgie droite commune sur trouble dégénératif débutant aggravé par une importante surcharge pondérale et un déconditionnement musculaire global, et comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail un trouble douloureux chronique (fibromyalgie), une surcharge pondérale avec obésité de classe II, un important pannicule adipeux avec tablier abdominal, un déconditionnement musculaire global avec dysbalance et un trouble anxio-dépressif récurrent/anamnestique. Ce médecin précisait que la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit des activités à faible charge physique de type sédentaire, ne nécessitant pas des positions en charge ou des déplacements à pied répétitifs, pas d'activité au-delà de l'horizontal, et permettant de varier les positions minimum une fois à l'heure, de préférence à la guise de l'intéressée. L'expertise relevait que dans un rapport de consultation et de prise en charge à la T. _____ (ci-après : T. _____) du 6 septembre 2012, il avait été observé des

mouvements anormaux psychogènes (myoclonie des membres inférieurs), avec évolution favorable mais persistance de secousses brèves des membres inférieurs, interprétés comme des mouvements anormaux psychogènes mais n'étant pas invalidants dans la vie quotidienne. Au jour de l'examen, l'expert n'a toutefois pas constaté de myoclonie ni de mouvement involontaire. Le Dr K._____ ajoutait qu'une expertise psychiatrique devait compléter le tableau.

Toujours à la demande de l'assureur perte de gain, une expertise psychiatrique a été réalisée le 31 août 2015 par le Dr O._____, spécialiste en neurologie et en psychiatrie et psychothérapie. Cet expert n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, mais a posé les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de personnalité avec accentuation des traits émotionnels immatures, impulsifs et rigides (Z73.1). Le Dr O._____ a passé en revue l'éventualité de plusieurs diagnostics psychiatriques et a notamment examiné l'existence d'un trouble dépressif récurrent, qu'il a écarté. Il a considéré que les symptômes prétendument dépressifs de l'assurée ainsi que ses plaintes relatives à des angoisses étaient surtout liés aux conflits émotionnels persistants et aux problèmes psycho-sociaux tels que décrits dans la définition des troubles somatoformes douloureux de la CIM-10 ; ils devaient ainsi être considérés comme inhérents au syndrome somatoforme douloureux persistant et il ne fallait en aucun cas partir du principe qu'il existait un trouble psychique supplémentaire. Il est précisé que l'évaluation de la capacité de travail a été examinée en fonction des indicateurs préconisés par la jurisprudence récente du Tribunal fédéral en matière de trouble somatoforme douloureux.

Le 2 juin 2016, une nouvelle expertise psychiatrique a été requise par l'assureur perte de gain, confiée à la Dre J._____, spécialiste en psychiatrie auprès de la Z._____, qui a posé le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié (F45.1), sans incidence sur la capacité de travail, et a écarté le syndrome douloureux somatoforme persistant ainsi que ceux d'épisode dépressif et d'un quelconque trouble de la

personnalité. La Dre J._____ recommandait un suivi psychiatrique, relevant cependant que jusque-là l'assurée n'avait pas été très compliant.

Le 1^{er} mars 2017, la Dre Y._____, spécialiste en médecine interne, a déclaré partager l'avis de sa patiente selon lequel il serait justifié de lui octroyer une rente AI et a rappelé que l'assurée souffrait de fibromyalgie, syndrome somatoforme douloureux, dépression chronique, troubles du sommeil, hypothyroïdie, manque de fer, gastrite chronique et de mouvements pathologiques de jambes en augmentation.

Par décision du 3 avril 2017, l'OAI a rejeté la demande de mesures professionnelles et de rente d'invalidité.

b) Le 25 mai 2018, l'assurée a notamment requis la révision de la décision du 3 avril 2017, faisant grief à l'OAI de s'être fondé sur un rapport d'expertise de la Clinique Z._____.

Par projet de décision du 24 juillet 2018, confirmé le 26 septembre 2018, l'OAI a rejeté la demande de révision procédurale formulée le 25 mai 2018 par l'assurée.

c) En parallèle, le 25 mai 2018, l'assurée a déposé une seconde demande de prestations auprès de l'OAI, complétée le 14 juin 2018, tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité ou de mesures professionnelles et invoquant une dépression chronique, une fibromyalgie, un trouble neurologique fonctionnel et un syndrome d'apnée du sommeil sévère. Elle a indiqué que l'atteinte existait depuis 2006.

Par courrier du 29 mai 2018, l'OAI a imparti un délai à l'assurée pour rendre plausible une éventuelle modification de son degré d'invalidité en produisant un rapport médical détaillé ou en apportant tout autre élément propre à constituer un motif de révision.

L'assurée a produit un rapport médical daté du 22 mai 2018 du Dr X._____, spécialiste en médecine interne et en pneumologie, qui a posé les diagnostics de syndrome d'apnées obstructives du sommeil de degré sévère avec index d'apnées-hypopnées : 31/h, index de désaturation : 36/h, en traitement par CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) depuis le 22 mai 2018, de discopathie lombaire étagée prédominant L1-L4, de trouble neurologique fonctionnel moteur, de talalgie aponévrotique, de fibromyalgie, de syndrome somatoforme douloureux, de trouble thymique, d'hypothyroïdie substituée, de carence matinale substituée, de status après gastrite chronique, de status après deux césariennes et d'obésité de classe 3. Ce médecin a constaté qu'il n'y avait pas de parasomnie, en particulier pas d'impatience des jambes au repos. Il a recommandé un traitement par pression positive continue en premier lieu, puis, en cas de refus ou d'intolérance, il s'agirait d'évaluer si l'obstacle se situait principalement au niveau rétrobasilingual et si par conséquent une prothèse d'avancement mandibulaire pouvait entrer en considération.

Par avis médical du 6 juillet 2018, le Dr H._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a conclu que si l'assurée souffrait d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil, l'anamnèse précise du pneumologue spécialisé dans les problématiques du sommeil permettait d'écarter la notion d'impatience ou de mouvement nocturne des membres inférieurs retenues par le médecin traitant dans son rapport du 1^{er} mars 2017. Il a ajouté que le syndrome d'apnées obstructives du sommeil était accessible à un traitement efficace et ne saurait de ce fait être considéré comme durablement et significativement invalidant. Il a conclu qu'il n'y avait pas lieu de modifier les conclusions de la décision du 3 avril 2017.

Par projet de décision du 24 juillet 2018, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il avait l'intention de refuser d'entrer en matière sur sa demande de prestations, au motif qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. L'OAI a en particulier retenu que le syndrome

d'apnées obstructives était accessible à un traitement efficace de sorte qu'il ne pouvait être considéré comme durablement et significativement incapacitant.

L'assurée a contesté ce projet et produit plusieurs avis médicaux.

Le 15 août 2018, l'assurée a déposé un avis médical daté du 8 décembre 2017 de la Dre I._____, médecin adjoint neuropsychosomatique à U._____, posant le diagnostic de trouble neurologique fonctionnel moteur depuis 2011 (sursauts musculaires d'allure myoclonique). Ce médecin a indiqué que la recourante souffrait depuis 2011 de mouvements involontaires sous forme de secousses brusques du tronc et des membres pour lesquels un diagnostic de trouble fonctionnel avait été posé et un suivi conjoint neuropsychiatrique proposé au T._____. La patiente n'était plus suivie depuis deux ans environ lorsqu'un nouveau bilan à la consultation des mouvements anormaux du T._____ a mis en évidence des mouvements d'allures choréiques qui avaient été investigués en juillet 2017 par des tests génétiques à la recherche de chorée de Huntington et atrophie dentato-rubro-pallido-luysienne (DRPLA) négative. La recourante signalait que ses symptômes étaient stables sans amélioration ni aggravation depuis 2011. La Dre I._____ a constaté que la marche était sans particularité, qu'il n'y avait pas d'ataxie, l'assurée présentant cependant des secousses irrégulières des membres inférieurs et du tronc avec une distractibilité des mouvements rythmiques de la jambe mais pas d'entraînement. Elle a noté qu'une prise en charge psychiatrique serait indiquée ; elle a voulu établir un suivi régulier de l'assurée environ tous les trois mois ; elle lui a prescrit des séances de physiothérapie, puis a mentionné l'existence de la Clinique de rééducation psychosomatique du [...] qui proposait des prises en charge psychiatrique et physique de ce genre de trouble. La recourante a toutefois expliqué que ce n'était pas possible pour elle car elle avait la charge de sa fille handicapée. La Dre I._____ a donc prévu de la revoir en contrôle ambulatoire dans six mois.

Dans un avis du 14 juin 2018, la Dre I._____ a constaté que finalement la recourante n'avait pas encore consulté son psychiatre depuis octobre 2017 et n'avait suivi qu'une seule séance de physiothérapie. Elle a indiqué que le tableau clinique n'avait pas changé. Elle a expliqué à la recourante la nécessité de suivre le traitement pluridisciplinaire indiqué dès lors que des études scientifiques avaient montré un bénéfice d'une thérapie cognitivo-comportementale et d'une physiothérapie ciblée. Un nouveau contrôle a été fixé à six mois.

Le 17 août 2018, l'OAI a accordé à l'assurée un nouveau délai au 18 septembre 2018 pour produire des rapports médicaux détaillés de ses médecins, qui complèteraient les pièces produites, en précisant qu'il lui appartenait de fournir tous éléments susceptibles de lui permettre de revoir sa position.

Dans un rapport du 15 octobre 2018, les Drs Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et B._____, médecin auprès du P._____, ont indiqué que la recourante était au bénéfice d'un suivi depuis le 3 juillet 2018. Cette dernière avait déclaré qu'elle avait toujours été dépressive, mais que sa situation s'était aggravée depuis plusieurs mois. Elle avait été réticente à consulter et se plaignait de tristesse, accompagnée d'inquiétudes pour ses enfants, avec des angoisses et des insomnies. Les Drs Q._____ et B._____ ont posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique (F33.2).

Par avis médical du SMR du 7 janvier 2019, le Dr H._____ a relevé que le caractère fonctionnel des troubles neurologiques était attesté par la Dre I._____ qui ne décrivait pas d'anomalie à la marche et ne s'exprimait pas sur la capacité de travail exigible, mais qui relevait que la recourante était très occupée par les soins requis par sa fille. Il a considéré que le bref rapport des psychiatres du P._____ n'emportait pas la conviction et ne contenait aucune mention sur la capacité de travail exigible. Le Dr H._____ a relevé que la problématique familiale liée au handicap de la fille de la recourante sortait du champ médico-

asséculoologique. En définitive, il a conclu que les données médicales n'étaient pas de nature à justifier l'entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations.

Par décision du 16 avril 2019, confirmant le projet de décision du 24 juillet 2018, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assurée au motif que les pièces produites n'avaient pas rendu vraisemblable une modification essentielle de la situation, les atteintes n'étant pas considérées comme durablement et significativement incapacitantes mais susceptibles d'être traitées efficacement.

B. Par acte du 8 mai 2019, A. _____ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à sa réforme dans le sens d'une entrée en matière sur sa demande de prestations. Elle soutient que contrairement à ce que retient l'OAI, son état de santé s'est péjoré.

Par réponse du 11 juillet 2019, l'OAI s'est référé aux avis du SMR des 6 juillet 2018 et 7 janvier 2019, tout en proposant le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

La recourante s'est encore déterminée par écritures des 15 et 19 août 2019.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent en matière d'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (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)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'occurrence, est litigieux le refus d'entrée en matière prononcé le 16 avril 2019 par l'intimé à la suite de la seconde demande de prestations déposée par la recourante le 25 mai 2018, complétée le 14 juin 2018.

3. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

4. a) Selon l'art. 87 al. 2 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que, lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies.

b) Selon la jurisprudence fédérale, l'exigence posée par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI 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 alléguer une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b ; 109 V 108 consid. 2a). Une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit 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 autres investigations par un refus d'entrer en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). Cette exigence ne consiste toutefois pas à obliger l'assuré à apporter des preuves qui ne lui sont pas accessibles, mais à permettre à l'administration d'écarter des demandes excessives sans plus ample examen. 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.). A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al.

3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2 ; 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2 ; 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2).

c) 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 de l'art. 87 al. 2 RAI (ATF 125 V 195 consid. 2 ; TF 122 V 158 consid. 1a et les références). Dans un litige relatif à un refus d'entrer en matière, 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 au moment où l'administration a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 précité ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2).

d) Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI), elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la prestation pour déterminer si une modification notable de la situation justifiant la révision du droit en question est intervenue (ATF 133 V 108 consid.5).

5. a) En l'espèce, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations en considérant que l'assurée n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé entre la décision de refus rendue le 3 avril 2017 et sa demande de prestations du 25 mai 2018, complétée le 14 juin 2018.

L'assurée soutient au contraire que son état de santé s'est péjoré et souhaite qu'une expertise soit mise en œuvre.

Dans ce contexte, en application de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, la Cour de céans se limite à examiner si la recourante, dans ses démarches auprès de l'OAI, a rendu plausible une modification de son invalidité, en particulier une aggravation de son état de santé susceptible de modifier son droit aux prestations d'invalidité.

b) Dans le cadre de l'instruction de la première demande de prestations AI déposée par la recourante, celle-ci a fait l'objet d'une expertise rhumatologique et de deux expertises psychiatriques, qui ont conclu qu'elle conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée malgré des atteintes physiques et qu'elle ne souffrait d'aucune pathologie psychiatrique invalidante.

c) Lors du dépôt de la seconde demande de prestations, l'assurée a mentionné comme atteintes une dépression chronique, une fibromyalgie, un trouble neurologique fonctionnel et un syndrome d'apnée du sommeil sévère.

Le diagnostic de fibromyalgie a déjà été examiné et un trouble somatoforme indifférencié a finalement été reconnu lors de la précédente demande de prestations, atteinte qui n'a cependant pas été jugée invalidante. La recourante ne fait valoir aucun élément nouveau en rapport avec ce trouble, si bien qu'il n'y a pas lieu d'y revenir.

S'agissant de la dépression, on relève que les symptômes de cette maladie sont présents depuis plusieurs années chez la recourante et ont été discutés par les experts psychiatres dans le cadre de l'instruction de la première demande sans qu'il n'ait été retenu une atteinte psychique supplémentaire au trouble somatoforme. A cet égard, le rapport médical du P._____ du 15 octobre 2018 ne suffit pas à rendre plausible ni l'existence d'une nouvelle atteinte ni une aggravation de l'état de santé de la recourante. Les Drs Q._____ et B._____ se contentent en effet d'y énoncer que la recourante avait déclaré qu'elle avait toujours été dépressive et qu'elle se plaignait de tristesse, avait des inquiétudes pour ses enfants, avec des angoisses et des insomnies, sans toutefois faire des

constats cliniques objectifs permettant de poser le diagnostic retenu (afin qu'ils ne soient plus considérés comme de simples symptômes du trouble somatoforme) et sans se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée. Il ressort du reste également du rapport médical précité que le suivi psychiatrique, pourtant recommandé de longue date, venait de débiter.

Pour ce qui est du trouble neurologique fonctionnel, il était déjà connu lors de l'expertise rhumatologique qui constatait qu'en 2012, des mouvements anormaux psychogènes avaient été observés, lesquels n'étaient toutefois pas invalidants. Au jour de l'expertise, aucune myoclonie ni mouvement involontaire n'avait été constaté. Le rapport médical du 15 août 2018 de la Dre I. _____ indique en outre que la recourante souffre de ce trouble sans amélioration ni aggravation, les symptômes étant stables, depuis 2011. De plus, le rapport médical ne fait pas état d'effet incapacitant, la marche étant sans particularité. Enfin, la Dre I. _____ préconise une prise en charge thérapeutique, réputée bénéfique, que la recourante n'a cependant pas suivie.

En ce qui concerne le syndrome d'apnée du sommeil de degré sévère, on observe que les troubles du sommeil étaient déjà connus lors de la première procédure administrative, sans que ce diagnostic n'ait apparemment été formellement posé. Le rapport du 22 mai 2018 du Dr X. _____ décrit le trouble mais ne mentionne pas d'effet incapacitant et recommande un traitement, que la recourante ne semble pas avoir suivi.

d) Il y a ainsi lieu de constater, à l'instar du SMR, que la recourante n'a produit aucun certificat médical attestant une incapacité de travail durable ou transitoire, alors qu'elle avait été expressément invitée par l'intimé à fournir un tel document. En définitive, la recourante a déposé une nouvelle demande un peu plus d'un an après la décision de refus de prestations du 3 avril 2017, soit en invoquant des diagnostics déjà examinés lors de la précédente demande de prestations, sans rendre plausible une évolution susceptible de modifier le degré d'invalidité, soit en ne rendant pas plausible l'existence d'une nouvelle atteinte avec des effets invalidants.

Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de constater que la recourante n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé ayant des répercussions sur sa capacité de travail, depuis la décision du 3 avril 2017. C'est, partant, à juste titre que l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par celle-ci le 25 mai 2018, complétée le 14 juin 2018.

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

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

En l'espèce, compte tenu de la complexité de la cause, il y a lieu de fixer les frais de justice à 400 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

La recourante qui, au demeurant, n'est pas assistée d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens, dès lors qu'elle n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario* et art. 55 al. 1 LPA-VD *a contrario*).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 16 avril 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- A. _____,
- 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 :