

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 avril 2021

Composition : Mme PASCHE, présidente
 Mme Di Ferro Demierre, juge et M. Peter, juge assesseur
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

Z._____, à (...), recourante, représentée par Me Radivoje Stamenkovic,
avocat à Yverdon-les-Bains,

et

E._____, à Vevey, intimé.

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée et mère de trois enfants majeurs, a déposé le 27 juin 2002 une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant quant au genre de l'atteinte présenter des problèmes urinaires depuis l'accouchement de ses jumelles en [...] ainsi que des migraines chroniques, et souffrir de dépression et d'anxiété chronique moyenne à grave depuis 1999.

A la suite d'une expertise confiée au Département universitaire de psychiatrie adulte du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), la Dre W._____ du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) a retenu dans son rapport du 22 septembre 2005, au titre d'atteintes principales à la santé, un épisode dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique et une anxiété généralisée. Elle a fixé le début de l'incapacité de travail au 25 octobre 2001, et estimé qu'en l'état, la capacité de travail était nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles consistant en une anhédonie, de la fatigabilité, des troubles du sommeil, de la tristesse, des céphalées et des vertiges. Une révision était proposée à un an, dès lors que tous les diagnostics étaient décrits comme légers à moyens.

Dans le cadre d'une enquête ménagère, un statut d'active à 50% et de ménagère à 50% a été proposé par l'enquêtrice par rapport du 26 novembre 2005, les empêchements ménagers ayant été évalués à 43,7%.

L'OAI a repris l'instruction du dossier, après avoir appris que l'assurée avait travaillé depuis 2001, sans mentionner d'activité. Un nouvel extrait du compte individuel a été remis à l'OAI le 29 mai 2006.

Le 28 juin 2006, [...] a informé l'OAI que l'assurée avait travaillé pour son compte du 1^{er} janvier 2002 au 31 juillet 2004 comme femme de chambre auxiliaire.

Dans ce contexte, une nouvelle expertise psychiatrique a été mise en œuvre, qui a été confiée à la Dre D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 12 avril 2007, elle n'a posé aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail, et a retenu sans effet sur celle-ci le diagnostic d'épisode dépressif léger, sans syndrome somatique, présent depuis mi-2001 (F32.00). Pour la Dre D._____, la capacité de travail était entière, tant comme femme de chambre que comme ménagère, sans baisse de rendement, sauf entre octobre 2001 et fin décembre 2001 où l'incapacité de travail était de 70% tout au plus. Elle a également admis une incapacité de travail dès août 2004, pendant six mois au plus. Dans l'intervalle, l'incapacité de travail n'avait pas dépassé 25% et dès février 2005, elle était considérée comme nulle.

Par projet de décision du 23 janvier 2008, confirmé par décision du 11 décembre 2008, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, faute d'atteinte à la santé influençant sa capacité de travail.

B. Le 8 décembre 2016, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, en indiquant quant au genre de l'atteinte « problématique psychique & physique ». Elle précisait travailler au taux de 80% depuis le 1^{er} janvier 2010 dans l'intendance, et être suivie depuis le 5 décembre 2015 par le Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale.

Dans son rapport du 10 janvier 2017 à l'OAI, le Dr N._____ a posé les diagnostics de hernie discale L4-L5 gauche, de discopathie multi-étagées à prédominance L5-S1, de F33.3 [trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques] et de cervicalgie. Il a noté que l'état de santé psychophysique de sa patiente se dégradait,

son incapacité de travail étant de 50%. Il a joint un rapport du 8 février 2014 établi par le Dr P._____, spécialiste en gastro-entérologie, qui a diagnostiqué une œsophagite peptique et une hernie hiatale à la suite d'une œsogastroduodenoscopie effectuée le 5 février 2014. Etait également joint un rapport du 27 juin 2016 du Dr H._____, spécialiste en neurologie, lequel expliquait que l'assurée l'avait consulté par crainte de présenter un anévrisme artériel intracérébral lié à une anomalie familiale de développement des vaisseaux. Les examens neurologiques s'étaient révélés être rassurants, étant précisé que l'IRM cérébrale du 15 mai 2016 avait montré l'existence d'assez nombreuses petites lésions hyperintenses millimétriques de la substance blanche, sans signification pathologique. Les paresthésies au niveau des deux mains rapportées par l'assurée s'expliquaient par une probable discrète atteinte du nerf médian au niveau du canal carpien, actuellement insuffisante pour entraîner des anomalies électrophysiologiques. Enfin, il n'y avait pas d'explication neurologique aux impressions de pulsatilité et aux acouphènes dont se plaignait l'assurée. Etaient joints au rapport du Dr H._____ plusieurs rapports d'imagerie, dont une IRM de la colonne lombaire du 10 janvier 2017 et l'IRM cérébrale du 15 mai 2016.

Par avis SMR du 6 juin 2017, la Dre [...] a considéré que ces rapports ne montraient pas d'éléments nouveaux de péjoration de l'état de santé de l'assurée. Elle a souligné que le status neurologique et l'électroneuromyographie des nerfs médians étaient normaux, que les lésions hyperdenses de la substance blanche étaient des découvertes banales sans signification pathologique, que les céphalées étaient connues depuis 2001, de même que les cervico-dorso-lombalgies diffuses, connues depuis 2007. Le code F33.3 mentionné par le Dr N._____ n'était pas documenté et aucun traitement n'était mentionné, de sorte que le diagnostic de dépression ne pouvait pas être retenu. Quant à la hernie hiatale mentionnée dans le rapport du Dr P._____ du 5 février 2014, elle n'entraînait pas d'incapacité de travail.

Par projet de décision du 9 juin 2017, confirmé par décision du 17 octobre 2017, 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 14 juin 2019, la Dre B._____, psychiatre traitante, a adressé un rapport à l'OAI concernant l'assurée, dans lequel elle a indiqué qu'elle souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F 33.2) et un trouble de la personnalité, probablement borderline ou dépendant. Elle a noté que l'assurée se faisait beaucoup de soucis concernant son travail et son avenir et ne se sentait pas capable de continuer avec un travail à 80% à cause de ses problèmes de santé. Elle dormait mal, faisait des cauchemars et n'arrivait pas à fonctionner en raison d'une fatigue chronique et d'un manque d'énergie. Elle avait en outre des idées noires et suicidaires transitoires surtout après un facteur de stress. Elle a conclu que l'assurée présentait un ensemble de pathologies physiques et psychiatriques ne permettant pas de continuer à travailler comme aide-soignante à 80%. Etait joint un rapport du 5 février 2019 de la Dre T._____, chiropraticienne, laquelle indiquait que l'assurée souffrait de cervicalgies et lombalgies chroniques, traitées depuis juin 2018 avec soulagement temporaire, qu'elle était en arrêt de travail à 100% depuis le 5 février 2019 jusqu'à la fin du mois, suivi d'une reprise à 50% dès le 1^{er} mars 2019, et constatait pour le surplus que le travail d'aide-soignante, l'état émotionnel, la peur de perdre son travail et une fatigue chronique provoquée par une insomnie étaient des facteurs défavorables pour que l'intéressée puisse récupérer. Dans son rapport du 12 février 2018 également joint au rapport de la Dre B._____, le Dr F._____, spécialiste en neurochirurgie, a observé ce qui suit :

« Cette patiente présente des rachialgies diffuses mal systématisées, elle paraît très triste et déprimée. L'importance des plaintes contraste avec un examen neurologique parfaitement normal sans syndrome radiculaire cervical ou lombaire sans signe de myélopathie. Il n'y a même pas de net syndrome lombo-vertébral. Dans ces conditions, je n'ai pas de proposition neurochirurgicale à formuler et ne prévois pas non plus d'examen radiologique complémentaire.

Sur les IRMs pratiquées l'année passée on voyait au niveau cervical de discrète discopathies mais sans nette compression radiculaire et

sans compression médullaire. Quant à l'IRM lombaire, elle n'était pas beaucoup plus inquiétante.

Je pense que la prise en charge doit être conservatrice et à cet égard, il est dommage que l'assurance de la patiente n'ait pas souscrit à la proposition de la Dresse X. _____ d'une prise en charge dans un centre thermal de 2 à 3 semaines.

(...).

La Dre B. _____ a encore produit les rapports suivants :

- un rapport du 26 février 2019 de la Dre R. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au Centre du sommeil de [...], qui a retenu le diagnostic « d'insomnie chronique d'endormissement et de maintien du sommeil plurifactorielle composante psychophysiologique, composante anxio-dépressive », et les autres diagnostics de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen, de trouble de la personnalité sans précision, de trouble de la marche « avec risque de chute d'étiologie multifactorielle : vertiges », de surcharge pondérale, d'hypertension artérielle et d'hypercholestérolémie traitée ;
- un rapport du 12 octobre 2018 des Drs J. _____, spécialiste en pneumologie, et [...], faisant suite à une hospitalisation du 3 au 22 septembre 2018 à l'Unité de réadaptation psychosomatique de la [...], pour « soutien psychologique » et « éloignement des facteurs de stress ». Le diagnostic principal était celui de trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère, et le diagnostic secondaire, celui d'infection virale des voies respiratoires supérieures.

Le 19 juin 2019, l'OAI a fait savoir à l'assurée que la Dre B. _____ s'était adressée à lui, et a rendu l'assurée attentive au fait qu'il lui avait notifié une décision de refus d'entrer en matière le 17 octobre 2017, si bien que si elle souhaitait que son droit à des prestations soit une nouvelle fois examiné, il lui appartenait de déposer une nouvelle demande, accompagnée de toutes les pièces utiles.

Le 5 juillet 2019, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations AI, en indiquant quant au genre de l'atteinte, présenter un trouble dépressif et une insomnie chronique depuis 1999, des lombalgies sur protrusion depuis 2005, une hernie hiatale permanente depuis 2011, une cyphose dorsale depuis l'adolescence, une myodésopsie, une blépharite, une sclérite ainsi que des cervico-dorsalgies dégénératives, un pancréas lipomateux, une hépatomégalie et une hypertension artérielle depuis 2018. Elle présentait en outre une déchirure du ménisque de grade 3 et un kyste de Baker depuis 2019. Elle a précisé que ses incapacités de travail avaient été de 50% du 1^{er} octobre 2017 au 1^{er} mars 2018, du 7 janvier au 28 février 2019 et du 1^{er} au 22 mars 2019, et de 100% du 5 au 17 avril 2018, du 7 au 13 mai 2018, du 3 au 22 septembre 2018, du 5 au 28 février 2019 et du 22 mars au 11 juillet 2019 (prolongation probable), de son activité d'intendante, exercée à 80% depuis le 1^{er} janvier 2010. Avec sa demande, elle a joint les pièces suivantes :

- Le protocole opératoire du 3 novembre 2011 du Dr G._____, spécialiste en chirurgie viscérale, relatif à une coelioscopie effectuée pour une reprise de montage anti-reflux ;
- Un rapport du 1^{er} juin 2017 de la Dre X._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, qui a posé les diagnostics de lombalgies chroniques sur troubles statiques, lésions dégénératives sous forme de discopathies multi-étagées prédominantes en L5-S1 et petite hernie discale foraminale L4-L5 gauche et paramédiane L5-S1 droite, de dysbalances musculaires et de très probable état dépressif léger ; elle a relevé que la patiente présentait une aggravation de ses lombalgies, connues de longue date, problématique qui s'expliquait par les troubles statiques, les lésions dégénératives et les hernies discales ;
- Un rapport d'expertise du Dr C._____, spécialiste en psychiatre et psychothérapie, adressé le 12 décembre 2017 à [...], assureur maladie perte de gains, qui a retenu comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail, un épisode

dépressif moyen, avec syndrome somatique, actuellement en rémission partielle (F33.11), et, sans effet sur la capacité de travail, des difficultés liées à l'emploi et au chômage et des traits de la personnalité émotionnellement labile, actuellement non décompensée ; le Dr C._____ a précisé que l'épisode dépressif diagnostiqué était réactionnel à des inquiétudes concernant l'un des enfants et à une surcharge professionnelle, situation ayant culminé par le départ des filles aînées du domicile familial en septembre 2017 ; la capacité de travail médico-théorique de l'assurée dans son activité actuelle était de 50% jusqu'au 31 décembre 2017, de 75% du 1^{er} au 31 janvier 2018 et de 100% sans diminution de rendement dès le 1^{er} février 2018. Il a exclu un épisode dépressif sévère, car l'assurée avait pu travailler à 50% ;

- Des certificats d'arrêt de travail couvrant les années 2018 et 2019 ;

- Un rapport du Dr A._____, spécialiste en gastroentérologie, du 19 avril 2018 ;

- Un rapport du Service des urgences du CHUV du 8 mai 2018 établi à la suite de l'hospitalisation de l'assurée le 7 mai 2018 en raison d'un malaise, les diagnostics posés étant ceux de commotion cérébrale et de contracture musculaire paravertébrale gauche ;

- Un rapport du 26 juillet 2018 établi par le Dr V._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, qui a fait état de rachialgies chroniques anciennes, aggravées au niveau cervical après une chute au domicile en mai 2018 ainsi que de troubles de la statique rachidienne et des signes de déconditionnement/dysbalance musculaire importants, sur terrain asthénique et dépressif ;

- Un rapport du 24 janvier 2019 de la Dre R._____ qui a diagnostiqué une insomnie chronique d'endormissement et de maintien du sommeil plurifactorielle, avec composante psychophysiologique et anxio-dépressive, et retenu les autres diagnostics de trouble dépressif récurrent épisode actuel

moyen, de troubles de la personnalité sans précision, de troubles de la marche avec risque de chute, de vertiges, de surcharge pondérale, d'hypertension artérielle et d'hypercholestérolémie traitée ;

- Un rapport de consultation du 17 mai 2019 établi par le Dr M._____, ophtalmologue à l'Hôpital ophtalmique [...], selon lequel l'assurée ne présente aucun diagnostic actuel relatif aux yeux ;

- Un rapport du 18 juin 2019 établi par le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui mentionne une opération du genou gauche pratiquée en mars 2019 en raison d'un « dérangement interne persistante ». Il a revu l'intéressée qui se plaint de douleurs et constaté qu'elle présentait une inflammation persistante pour laquelle une ré-arthroscopie était indiquée en fonction de l'évolution. Dans l'intervalle, l'assurée était en arrêt de travail ;

- Le rapport précité du 14 juin 2019 de la Dre B._____ à l'OAI ;

- Un rapport de la Dre T._____ du 28 juin 2019, qui mentionne des cervico-dorsalgies dégénératives, aggravées par une grosse entorse cervicodorsale lors d'une chute sur le dos en 2019, des lombalgies sur protrusion L4-5 non compressive et depuis une année, une gonalgie invalidante gauche, sur rupture méniscale et kyste de Baker important. La capacité de travail était de 60 à 70%, avec adaptation du poste, étant noté que l'assurée pour le moment pouvait difficilement rester longtemps debout, la montée et la descente des escaliers fréquentes étaient à éviter, de même que les mouvements répétitifs des bras au-dessus de la tête, les positions en porte-à-faux, le port de charge de plus de 10kg et le port de charge répétitif.

Dans un avis SMR du 12 novembre 2019, le Dr [...] a constaté que sur le plan somatique, l'assurée n'apportait pas la preuve de

l'aggravation des pathologies connues. Concernant les pathologies nouvellement attestées, étaient évoquées une hypertension artérielle sans aucun chiffre tensionnel, une blépharite non incapacitante, des anomalies biologiques ou découvertes d'examen paraclinique (kyste poplité, stéatose hépatique) non incapacitantes. Par contre apparaissait en permanence un refus de soin et un manque de collaboration. Concernant l'état psychologique, le Dr [...] s'est référé à l'expertise psychiatrique établie par le Dr C._____ pour le compte [...] qui admettait une incapacité de travail de 50% durant l'année 2017, et qui signalait un épisode dépressif en rémission ne nécessitant progressivement plus d'incapacité de travail. L'état décrit par la psychiatre traitante était superposable à celui présenté dans l'expertise et il s'agissait donc d'une appréciation différente d'un même état de fait. Dans ces conditions, le Dr [...] estimait qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé de l'assurée et qu'il n'était pas nécessaire d'entrer en matière sur sa nouvelle demande.

Par projet de décision du 18 novembre 2019, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il n'allait pas entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations, dès lors que les rapports médicaux produits n'apportaient pas d'éléments nouveaux susceptibles de modifier le droit à des prestations.

L'assurée a contesté ce projet, et a produit un rapport du 8 janvier 2020 de la Dre B._____. Cette médecin, qui a repris l'anamnèse personnelle et médicale de l'assurée, a mentionné, au titre des « nouveaux éléments », deux chutes avec grosses séquelles physiques et psychiques, une nouvelle opération orthopédique au niveau du genou gauche et une « agression » survenue le 26 juin 2019, à la suite de laquelle un syndrome de trouble de stress post-traumatique (TSPT) avait été évoqué. L'assurée présentait un état psychique dégradé et était à bout de force. Au plan somatique, la mobilisation s'était aggravée en lien avec l'opération du genou gauche et les chutes.

Dans un avis SMR du 21 janvier 2020, le Dr [...] a maintenu que l'assurée n'apportait pas la preuve d'une aggravation durable de

santé. Il a relevé que sur le plan somatique les données fournies par la psychiatre traitante n'étaient pas étayées. Il était admis que l'assurée avait été opérée du genou, mais l'incapacité de travail en lien avec la déchirure méniscale n'était pas démontrée. Sur le plan psychiatrique, il a notamment souligné que la psychiatre traitante ne se positionnait pas sur le TSPT qui avait été seulement évoqué par un confrère du CHUV, consulté en urgence par l'assurée à la suite de son agression. Aucune thérapie spécifique à cette pathologie n'avait été proposée. Pour ce qui était de la sévérité alléguée de l'état dépressif, aucune mesure sur échelle n'était fournie ; l'assurée travaillait à 50% à fin 2019, surtout gênée par ses problèmes de sommeil, qui étaient connus depuis 27 ans et qui avait déjà été pris en compte dans les évaluations précédentes.

Par décision du 21 janvier 2020, l'OAI a confirmé son projet du 18 novembre 2019 et refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée le 5 juillet 2019 par l'assurée, faute de modification notable de sa situation professionnelle ou médicale.

D. Par acte du 21 février 2020, Z._____, représentée par Me Radivoje Stamenkovic, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à ce que l'intimé entre en matière sur sa demande du 5 juillet 2019. Elle fait valoir que, sur le plan somatique, elle a présenté de nouvelles atteintes, notamment au niveau du genou gauche, ayant nécessité deux opérations entre la décision du 17 octobre 2017 et celle du 21 janvier 2020, ce qui atteste à ses yeux une péjoration notable de sa situation. Au plan psychiatrique, elle explique qu'en 2017, le diagnostic retenu était celui de trouble dépressif léger, alors que dans son rapport du 14 juin 2019, la Dre B._____ faisait état d'un trouble dépressif sévère et d'un probable trouble borderline ; elle ajoute qu'elle a dû être hospitalisée en raison de ses troubles psychiques, accompagnés d'importants troubles du sommeil. Elle estime ainsi avoir rendu plausible une modification de son état de santé. A l'appui de son recours, elle a produit un rapport du 5 avril 2019 établi par le Dr [...], spécialiste en médecine interne générale,

un rapport du 7 juin 2017 du Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique, ainsi que le protocole opératoire du 28 août 2019 du Dr K._____.

Dans sa réponse du 15 juin 2020, l'OAI a proposé le maintien de la décision de refus d'entrer en matière et le rejet du recours.

Par réplique du 7 août 2020, la recourante a maintenu sa position, en plaidant que la déchirure du ménisque avait entraîné une aggravation de son état de santé justifiant qu'il soit entré en matière sur sa nouvelle demande. Pour elle, dans la mesure où l'OAI n'a pas examiné cette atteinte lors de son précédent refus, et comme elle est survenue avant le dépôt de sa nouvelle demande, elle a rendu plausible une nouvelle atteinte, justifiant que l'OAI entre en matière. Elle a joint à son écriture un rapport d'IRM du 20 mai 2020 du Dr [...], spécialiste en radiologie, faisant état d'une déchirure horizontale de la corne postérieure du ménisque interne gauche ainsi qu'un discret épanchement associé, estimant sur cette base que son incapacité de travail est bel et bien durable, et relevant qu'elle exerce comme auxiliaire de santé en EMS, activité impliquant des efforts physiques importants et de longs déplacements.

L'OAI a derechef proposé le rejet du recours par écriture du 15 septembre 2020, en signalant par ailleurs que les nouveaux éléments amenés postérieurement à la décision entreprise, et partant ne pouvant être pris en considération dans le cadre du présent litige, pourront le cas échéant être examinés dans le cadre d'une nouvelle demande.

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. Est en l'espèce litigieux le point de savoir si l'autorité intimée était en droit de refuser d'entrer en matière sur la troisième demande de prestations de la recourante, du 5 juillet 2019, au motif que celle-ci n'a pas rendu plausible l'aggravation de son état de santé.

3. a) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3).

b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autre investigation par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des

allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

c) Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

4. a) En l'espèce, il convient d'examiner si la recourante a rendu plausible une péjoration de son état de santé, susceptible de modifier son droit aux prestations, depuis la dernière décision reposant sur un examen complet de son droit à la rente, à savoir, en l'occurrence, la décision 11 décembre 2008. Certes, la décision du 17 octobre 2017 n'a pas été formellement qualifiée par l'intimé de décision de « refus d'entrer en matière ». Dans les faits cependant, il y a lieu de constater que la deuxième demande de la recourante, du 8 décembre 2016, n'a pas été instruite, puisqu'elle s'est limitée à un rapport du Dr N._____, alors médecin-traitant, du 10 janvier 2017, ainsi qu'à un avis SMR du 6 juin 2017.

D'emblée, il y a lieu de préciser que, conformément à la jurisprudence précitée (cf. consid. 3c supra), les pièces produites postérieurement à la décision litigieuse du 21 janvier 2020, soit en particulier les rapport des Drs [...] du 5 avril 2018, [...] du 7 juin 2019 et K._____ du 28 août 2019 produits à l'appui du recours, ainsi que le rapport d'IRM du 20 mai 2020 du Dr [...] produit en réplique, ne doivent pas être prises en considération et examinées par la Cour pour déterminer si la recourante a rendu plausible une modification de son invalidité de manière à influencer ses droits.

b) Sur le plan somatique, on relèvera en premier lieu que les certificats d'arrêt de travail couvrant les années 2018 et 2019, non motivés, ne sont pas propres à établir de péjoration de l'état de santé de l'assurée. Quant au Dr F._____, il a fait état dans son rapport du 12 février 2018 de rachialgies diffuses mal systématisées, mais a constaté que l'examen neurologique était parfaitement normal, sans syndrome radiculaire cervical ou lombaire sans signe de myélopathie, sans même de net syndrome lombo-vertébral, si bien qu'il n'avait pas de proposition neurochirurgicale à formuler, et ne prévoyait pas de revoir la patiente. Il a encore relevé que l'IRM lombaire n'était pas inquiétante et qu'il n'y avait sur les IRM que de discrètes discopathies visibles au niveau cervical, sans nette compression radiculaire ni compression médullaire. Le rapport du Dr F._____ ne permet dès lors pas de retenir la péjoration dont se prévaut la recourante. Si le Dr V._____, dans son rapport du 26 juillet 2018, relate une péjoration d'anciennes rachialgies, aggravées au niveau cervical après une chute au domicile en mai 2018, il ne se prononce toutefois pas sur la capacité de travail. Ce seul rapport n'est ainsi pas non plus suffisant pour rendre plausible une péjoration de la situation de la recourante. Toutefois, la Dre T._____, quant à elle, dans son rapport du 28 juin 2019, si elle a aussi relevé que sa patiente souffrait de cervico-dorsalgies dégénératives avec surcharge des articulations postérieures cervicales inférieures, aggravées par une entorse cervicodorsale lors d'une chute sur le dos en 2018, ainsi que de lombalgies sur protrusion L4-5 non compressive, a également noté que, depuis une année, l'assurée présentait une gonalgie invalidante gauche sur rupture méniscale et kyste de Baker important ; la Dre T._____ a ainsi estimé la capacité de travail à 60 ou 70% avec adaptation de poste. Certes, la Dre T._____ a relevé que le pronostic était bon pour les cervico-dorsalgies en adaptant les activités et éventuellement le taux d'activité ; pour le genou, elle a cependant relevé que la situation était évolutive. Ce rapport, bien que peu étayé, permet de retenir que la recourante présente une atteinte au niveau du genou gauche, laquelle n'existait pas lorsqu'a été rendue la décision de 2008. Si les pièces produites à ce stade ne permettent pas d'établir en l'état les répercussions de cette atteinte sur la capacité de

travail dans l'activité habituelle, respectivement, le cas échéant, dans une activité adaptée, il n'en demeure pas moins que le rapport de la Dre T._____ permet de retenir une modification des circonstances au plan somatique, qui aurait dû conduire l'intimé à instruire la nouvelle demande.

Le rapport de consultation du 17 mai 2019 établi par le Dr M._____ à l'Hôpital ophtalmique ne fait pour sa part pas état d'aggravation, puisqu'il y est mentionné qu'il n'y a pas de diagnostic au niveau des yeux. Il en va de même du protocole opératoire du 3 novembre 2011 établi par le Dr G._____ à la suite d'une coélioscopie, largement antérieur tant à la deuxième qu'à la troisième demande de prestations, et qui n'atteste nullement une péjoration de l'état de la recourante. La même remarque vaut pour le rapport du Dr A._____ du 19 avril 2018, qui ne fait état d'aucun élément significatif.

c) Sur le plan psychiatrique, l'épisode dépressif est qualifié désormais de sévère par la psychiatre traitante (cf. rapport du 14 juin 2019 de la Dre B._____). Si ce seul diagnostic ne serait pas nécessairement, sans autre explication, propre à justifier une entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de relever que la recourante a été hospitalisée du 3 au 22 septembre 2018 auprès de l'Unité de réadaptation psychosomatique de la [...], pour « soutien psychologique » et « éloignement des facteurs de stress » ; dans ce cadre également, le diagnostic principal posé a été celui de trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère. En outre, la Dre R._____ a fait état le 24 janvier 2019, sans toutefois se prononcer sur la capacité de travail, d'insomnie chronique d'endormissement et de maintien du sommeil, en relevant notamment une dimension anxio-dépressive à l'insomnie. Or, cet aspect était inexistant dans le cadre de la première demande. Le Dr C._____ a rendu son rapport du 12 décembre 2017, avant l'hospitalisation de la recourante ; en outre, il y avait alors en particulier exclu le diagnostic de dépression sévère, au motif que la recourante avait pu maintenir une activité professionnelle à 50%. Or, la recourante a été, selon les certificats d'arrêt de travail produits, en incapacité de travail totale à plusieurs reprises entre avril 2018 et juillet 2019, pour des périodes de plusieurs

semaines consécutives. L'entrée en matière ne peut dès lors être refusée au seul motif que l'appréciation de la Dre B. _____ constituerait une appréciation différente d'un même état de fait, comme le soutient le Dr [...] du SMR dans son avis du 12 novembre 2019. Ainsi, s'il subsiste des doutes sur l'état de la recourante au plan psychique, les éléments produits, même s'ils sont minces, sont suffisants pour que soit retenue une modification des circonstances par rapport à celles prévalant en décembre 2008.

d) Avec sa troisième demande, la recourante a donc produit des rapports de ses médecins faisant mention d'éléments objectifs nouveaux rendant vraisemblable une aggravation de son état de santé. Ainsi, les médecins exposent notamment que les troubles psychiques se sont péjorés et ils font part en outre de nouveaux troubles somatiques, avec des effets sur la capacité de travail. Les rapports des médecins consultés, sans suffire à établir une péjoration au degré de la vraisemblance prépondérante, la rendent suffisamment plausible pour justifier une entrée en matière sur la nouvelle demande et une véritable instruction de la cause.

5. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations du 5 juillet 2019, instruisse effectivement la cause puis rende une nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais de justice à 400 fr. et de les mettre à la charge de l'office AI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il

convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 21 janvier 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour qu'il procède au sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre 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 Z une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Radivoje Stamenkovic (pour Z. _____),
- 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 :