

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 novembre 2020

---

Composition : M. NEU, président  
MM. Bonard et Küng, assesseurs  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

T. \_\_\_\_\_, à S. \_\_\_\_\_ (FR), recourante,

et

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

---

**Art. 87 al. 2 et 3 RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** Originaire de l'île Maurice, T.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1966, est mariée, sans enfants. Sans formation professionnelle, elle a essentiellement exercé des emplois dans le domaine industriel auprès de diverses entreprises. En dernier lieu, elle a travaillé en qualité d'opératrice de production pour le compte de G.\_\_\_\_\_ SA jusqu'au 31 juillet 2010, date de la fin du contrat de travail à durée déterminée conclu avec cet employeur. Elle était en incapacité totale de travail depuis le 16 avril 2010.

Souffrant de douleurs musculaires, T.\_\_\_\_\_ a déposé, en date du 3 août 2010, une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) s'est procuré les renseignements médicaux auprès des médecins de l'assurée.

Dans un rapport du 8 septembre 2010, la Dre F.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de neuropathie cubitale au coude bilatérale (depuis juin 2008 à droite et juin 2010 à gauche) et de possibles troubles somatoformes dans le cadre d'un état anxio-dépressif important depuis 2010. N'ayant été consultée qu'à deux reprises par l'assurée en 2008 et 2010, elle ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail, renvoyant en cela à l'appréciation de sa consœur, la Dre N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant.

Le 14 septembre 2010, la Dre N.\_\_\_\_\_ a complété un rapport à l'intention de l'office AI dans lequel elle posait les diagnostics affectant la capacité de travail de lombalgies sur probables troubles dégénératifs, de neuropathie cubitale droite, d'épicondylalgies bilatérales et d'état dépressif de degré moyen. Sans répercussion sur la capacité de travail, elle a retenu une stérilité primaire. En raison de douleurs lombaires

et aux bras, l'assurée présentait des difficultés à effectuer un travail nécessitant le port de charges supérieures à 5 kg, ce qui excluait, selon la Dre N.\_\_\_\_\_, toute capacité de travail résiduelle dans la profession d'ouvrière.

Interpellé par l'office AI, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, spécialiste de la colonne vertébrale, lui a fait parvenir son rapport en date du 23 octobre 2010. Il y posait le diagnostic incapacitant de lombopyalgies s'inscrivant dans le contexte suivant : hypermobilité articulaire, sévère déconditionnement physique, déficience posturale, sursollicitation des zones charnières, souffrances algodysfonctionnelles multiples et état dépressif réactionnel. Selon lui, la capacité de travail était de 75 % dans l'activité habituelle d'ouvrière d'usine, dite capacité étant susceptible d'atteindre 100 % dans un délai de six mois moyennant l'amélioration de l'équilibre psychologique et la mise en œuvre d'un reconditionnement intensif.

Dans un rapport du 29 novembre 2010, la Dre B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé pour seul diagnostic - sans effet sur la capacité de travail - celui de trouble anxieux et dépressif mixte. Tout en relevant qu'il n'y avait pas de restrictions psychiques, elle a renvoyé à l'appréciation de la Dre N.\_\_\_\_\_ s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail.

Sollicité pour détermination, le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a préconisé la mise en œuvre d'un examen rhumatologique au SMR afin de connaître les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de l'assurée (avis médical du 5 janvier 2011).

Un examen clinique rhumatologique et de médecine physique-rééducation a été effectué le 16 février 2011 par le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine physique-rééducation. Dans son rapport du 22 mars 2011, le Dr C.\_\_\_\_\_ a posé - avec répercussion durable sur la capacité de travail - le diagnostic de cervico-brachialgies

droites non irritatives, non déficitaires, dans un contexte de protrusions discales étagées prédominant en C5-C6. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu les diagnostics de neuropathie compressive ulnaire droite débutante sans déficit sensitivomoteur, de lombalgies intermittentes dans un contexte de protrusions discales sur les deux derniers étages lombaires et de composante de fond de type fibromyalgique. Il s'est exprimé en ces termes sous l'intitulé « appréciation du cas » :

« Lors de l'entretien, l'assurée décrit sa dernière activité professionnelle chez G. \_\_\_\_\_ SA, exercée jusqu'au 30.04.2010. En se basant sur les dires de l'assurée, il s'agissait d'une activité modérément contraignante avec des ports de charges qu'elle estime jusqu'à 30 kg, l'employeur annonce des ports de charges jusqu'à 10 kg. Il s'agissait d'une activité temporaire, l'assurée ayant été placée par le chômage ; auparavant, elle a travaillé durant neuf ans chez Z. \_\_\_\_\_ SA, jusqu'en 2009, à la microsoudure de composants électroniques. Madame T. \_\_\_\_\_ s'estime incapable de reprendre toute activité.

Dans un premier temps, l'assurée annonce des problèmes thymiques, elle a de la peine à parler, de la peine à se concentrer, elle est suivie à présent par le Dr P. \_\_\_\_\_, psychiatre à E. \_\_\_\_\_.

Au niveau somatique, l'assurée se décrit surtout gênée par une cervico-brachialgie D, irradiant dans les trois derniers doigts. Il existe des incohérences quant à une éventuelle irradiation radiculaire avec également une irradiation au niveau temporal, au niveau de la joue D. L'assurée est limitée en rotation D. Il existe vraisemblablement une composante inflammatoire avec des réveils nocturnes ; le dérouillage matinal n'est pas quantifiable. L'assurée n'annonce pas spontanément de douleurs ubiquitaires des quatre membres. L'assurée nous apprend qu'elle vient d'avoir une IRM cervicale, le radiologue lui aurait annoncé des problèmes au niveau des disques, l'assurée se sent soulagée de savoir qu'elle a à présent quelque chose qui explique les douleurs ressenties, elle doit parler de l'examen radiologique avec son médecin traitant. L'assurée envisage de revoir le Dr O. \_\_\_\_\_. Il est demandé à l'assurée de nous faire parvenir la consultation ultérieure du rhumatologue. L'opération au niveau du nerf ulnaire D a été reportée, il n'est pas prévu de nouvelle intervention.

Madame T. \_\_\_\_\_ annonce également des lombalgies de type mécanique, intermittentes.

L'assurée prend un traitement antalgique quotidien à doses modérées ainsi qu'un suppositoire d'anti-inflammatoire la nuit.

L'examen clinique montre une femme de 44 ans, en bon état de santé général, avec une musculature globalement peu développée. Initialement, l'assurée est anxieuse, a des difficultés à parler, des

difficultés à se concentrer la symptomatologie s'estompe au cours de l'entretien.

La tension diastolique est augmentée à 115 mmHg, l'assurée n'a pas de signes d'insuffisance cardiaque, il est demandé à Madame T.\_\_\_\_\_ de la faire contrôler par son médecin traitant. Son abdomen est ballonné, indolore à la palpation, les bruits sont augmentés.

Comme l'a décrit le Dr J.\_\_\_\_\_, l'examen neurologique est normal, il n'y a en particulier pas d'évidence de déficit sensitivomoteur en relation avec une atteinte radiculaire ou une atteinte tronculaire. L'assurée lâche l'extension du coude D, ressent une douleur, les réflexes sont conservés. Nous n'avons pas de neuropathie du nerf ulnaire ; nous ne retrouvons pas l'hypoesthésie tacto-algique des 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> doigts du côté D décrite par le Dr F.\_\_\_\_\_ ; l'assurée, lors de la manœuvre de Tinel au coude, a une douleur locale, mais ne décrit pas d'irradiation ; le Dr F.\_\_\_\_\_ avait retenu l'atteinte du nerf ulnaire en s'appuyant également sur l'ENMG. Quoi qu'il en soit, la neuropathie compressive n'est pas conséquente et n'est pas considérée comme incapacitante.

Au niveau articulaire périphérique, l'examen de l'épaule D ne nous permet pas de nous orienter vers une pathologie spécifique ; l'examen n'est pas cohérent pour une tendinopathie spécifique, il n'y a pas de signes francs pour un conflit sous-acromial ou une atteinte de l'acromio-claviculaire. Nous n'avons pas d'explication aux difficultés importantes qu'a l'assurée à opposer son pouce D. Lors de l'examen de la hanche G, l'assurée a l'impression qu'elle doit remettre quelque chose en place dans sa hanche, il n'y a pas d'évidence de coxarthrose, nous n'avons pas de subluxation de la hanche.

Comme mentionné par le Dr J.\_\_\_\_\_, l'assurée a une augmentation de la sensibilité aux points d'insertion tendineuse, nous avons 8 points de Smythe positifs sur 18 pour une composante de fond de type fibromyalgie ; stricto sensu, nous ne pouvons pas retenir ce diagnostic puisqu'il faut 11/18 points ; cela signifie que le seuil de tolérance de l'assurée à la douleur est diminué, cela a déjà été relevé dans le dossier avec proposition d'introduction d'un traitement d'amitriptyline par le Dr O.\_\_\_\_\_.

Au niveau du rachis, l'assurée a des troubles statiques, surtout sous forme d'un relâchement de la sangle abdominale dans un contexte de déconditionnement physique, le Dr D.\_\_\_\_\_ avait mis en évidence des troubles posturaux. L'assurée a une gestuelle spontanée de sa nuque diminuée, elle présente une kinésiophobie au niveau de sa nuque et de son membre supérieur D ; l'examen de la nuque est rendu difficile par le ressenti douloureux important, l'assurée est limitée dans toutes les directions ; ce n'était pas le cas lors de l'examen du Dr D.\_\_\_\_\_ datant de février 2010, date à laquelle l'assurée avait une rotation de 80° ; la palpation cervicale est douloureuse diffusément du côté D, la musculature est difficile à apprécier du fait de l'absence de relâchement de l'assurée ; il n'est pas possible d'évaluer s'il existe une radiculalgie irritative aux membres supérieurs, la manœuvre de Spurling est intenable au vu de la participation. Il n'est pas possible d'apprécier l'importance du

syndrome rachidien cervical, ceci en raison de la kinésiophobie que présente l'assurée à ce niveau.

L'examen du rachis lombaire montre une mobilité subtotale, la flexion et l'extension déclenchent surtout des vertiges et des nausées. L'assurée a des douleurs multi-étagées sur tout le rachis dorsolombaire, sans prédominance segmentaire, nous excluons un syndrome rachidien lombaire.

La lecture du dossier radiologique montre, comme décrit dans le dossier, des radiographies standards de la nuque dans la limite des normes sur les clichés du 03.08.2009. L'IRM cervicale qui vient d'être effectuée le 07.02.2011 montre des protrusions discales étagées de C4-C5 à C6-C7, la protrusion prédomine en C5-C6 avec une composante paramédiane D susceptible d'irriter la racine C6 D ; il n'y a clairement pas de hernie discale, il n'y a pas non plus de myélopathie, il n'y a pas d'amputation de racines sur la myélographie ; l'examen clinique décrit plus haut exclut une compression de la racine C6 D. Par ailleurs, l'irradiation décrite aux trois derniers doigts de la main D ne correspond pas au territoire radiculaire C6. Si cette protrusion discale peut agir comme une épine irritative, et expliquer une partie des symptômes de l'assurée, il existe une discordance majeure entre les constatations objectives ostéoarticulaires, neurologiques, et le ressenti douloureux très marqué de l'assurée.

Nous recevons après l'examen SMR le rapport de consultation du Dr O. \_\_\_\_\_ qui a vu l'assurée le 1<sup>er</sup> mars 2011. Il est mentionné que les plaintes ne sont pas différentes de celles présentées en 2006 et 2009. Le Dr O. \_\_\_\_\_ retient également une discordance entre l'irradiation annoncée par l'assurée de topographie C7 et la racine C6 potentiellement impliquée sur l'IRM. Le Dr O. \_\_\_\_\_ retrouve la mobilité limitée dans toutes les directions. Les tests comportementaux sont positifs. Le rhumatologue ne voit pas d'indication à une incapacité de travail pour raisons rhumatologiques, en tout cas pas à un poste adapté.

En tenant compte de l'avis du Dr J. \_\_\_\_\_, du Dr O. \_\_\_\_\_, de l'examen SMR décrit plus haut, des examens radiologiques complémentaires, nous confirmons l'exigibilité complète dans une activité adaptée, respectant des limitations fonctionnelles d'épargne du rachis cervical. Le dernier poste de travail d'ouvrière chez G. \_\_\_\_\_ SA nécessitant une position statique de la nuque lorsque l'assurée devait souder de petites pièces et en raison du port de charges annoncé de plus de 10 kg, nous considérons la dernière activité comme non adaptée avec une IT totale.

Nous laissons le soin au médecin de dossier de demander un rapport de consultation au nouveau psychiatre traitant, le Dr P. \_\_\_\_\_ et de voir s'il y a lieu de compléter le présent examen par un examen psychiatrique.

### ***Limitations fonctionnelles***

Rachis cervical : pas de travail prolongé la tête en extension, pas de rotation rapide, pas de position statique de la tête prolongée au-delà de 30 min ; pas de travail avec les bras de façon prolongée au-

dessus de l'horizontale ; pas de port de charges répété au-delà de 5 kg, épisodique au-delà de 10 kg.

***Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?***

En se basant sur le descriptif du poste fait par l'assurée, nous retenons une incapacité de travail totale, depuis le 30.4.10, dans la dernière activité d'ouvrière effectuée chez G. \_\_\_\_\_ SA.

***Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?***

L'incapacité de travail est restée totale dans ce type d'activité.

***Concernant la capacité de travail exigible***

Elle est déterminée, en se basant sur les éléments objectivables, par la tolérance du rachis cervical aux contraintes mécaniques. Dans l'appréciation de l'exigibilité, il y a lieu de faire la part des choses entre la cervico-brachialgie D dans un contexte de protrusions discales et l'abaissement du seuil de tolérance à la douleur.

Dans une activité adaptée, respectant les LF d'épargne du rachis cervical, l'exigibilité est complète depuis mi-septembre 2010 ; cette date correspond au courrier de la Dresse N. \_\_\_\_\_ au médecin-conseil de l'APG, décrivant que Mme T. \_\_\_\_\_ serait capable de reprendre une activité professionnelle n'exigeant pas le port de charges lourdes. »

Dans un rapport du 4 mai 2011, le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic incapacitant de trouble mixte de la personnalité, type sensitif (paranoïaque) et dépendant tandis que, sans effet sur la capacité de travail, il a retenu l'existence d'un trouble somatoforme (somatisation). Compte tenu d'une intolérance au stress avec angoisse et inhibition, il a estimé que la capacité de travail était de 50 % environ dans une activité lucrative répétitive, excluant la sursollicitation et la frustration génératrices d'angoisse.

Dans un rapport du 16 juin 2011, le Dr L. \_\_\_\_\_ a fait siennes les conclusions de l'examen clinique effectué au SMR,

Par décision du 19 juin 2013, entrée en force, l'office AI a nié le droit de T. \_\_\_\_\_ à des prestations de l'assurance-invalidité (rente et mesure de reclassement) au motif que, sur la base des renseignements en sa possession, elle présentait, depuis le mois de septembre 2010, une

capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses problèmes de santé (collaboratrice technique, opératrice de production en salle blanche, programmatrice) si bien qu'elle ne subissait pas de préjudice économique.

**B.** Souffrant de problèmes à la colonne vertébrale ainsi que de douleurs au bras droite et à la nuque, T. \_\_\_\_\_ a déposé, le 10 mars 2014, une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, traitée comme une demande de révision (courrier de l'office AI du 11 mars 2014).

A la demande de l'assurée, le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a rédigé un rapport en date du 18 avril 2014 dans lequel il a posé les diagnostics d'hypertension artérielle, de cervico-scapulalgies chroniques, de tendinopathie de la zone critique du tendon du muscle sus-épineux droite de type tendinose, de bursite sous-acromio-deltaïdienne droite, de neuropathie cubitale bilatérale, d'abdominoplastie avec transposition de l'ombilic en 2014 et de neurolyse du nerf grand occipital bilatéral en 2013. Après avoir rappelé que l'intéressée avait bénéficié d'une mesure de chômage avec stage dans une crèche, le Dr X. \_\_\_\_\_ a relevé que les multiples douleurs chroniques ressenties avaient conduit à une baisse d'efficacité au travail et à la fin prématurée du stage. Actuellement, la capacité de travail était, selon lui, au moins probablement diminuée à 50 %.

Appelée à se prononcer sur les éléments médicaux au dossier, la Dre V. \_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, s'est déterminée comme suit par avis médical du 3 juillet 2014 :

« Après relecture des documents à disposition dans la GED et notamment des rapports de consultations de 2013 de la Dresse Q. \_\_\_\_\_, rhumatologue, il apparaît que ces douleurs de l'épaule D sont présentes depuis longtemps et stationnaires ; dans l'examen clinique SMR du 22.03.2011, le Dr C. \_\_\_\_\_ note après un status complet de l'épaule D (status en p. 5 et 6) *l'examen clinique de l'épaule D ne nous permet pas de nous orienter vers une pathologie spécifique*, l'examen IRM du 26.03.2014 confirme ce diagnostic.

**Conclusion :**

Nous n'avons pas d'éléments médicaux nouveaux justifiant de s'éloigner des conclusions du rapport d'examen SMR du 16.06.2011. »

Dans le cadre de la contestation du projet de décision de l'office AI du 8 juillet 2014 de refuser d'entrer en matière sur sa demande de prestations, l'assurée a transmis un rapport du 17 juillet 2014 établi sous la signature de la Dre Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, à l'intention du Dr X.\_\_\_\_\_. Elle y relevait que, depuis 2013, la symptomatologie se situait essentiellement au niveau du rachis cervical et des deux membres supérieurs associée à une hypercyphose importante. Si l'évolution était en partie favorable, le contexte cervicalgique et migraineux persistait. Une arthro-IRM de l'épaule droite pratiquée le 25 mars 2014 avait mis en évidence une tendinopathie du sus-épineux, une bursite sous-acromiale deltoïdienne ainsi que des signes indirects de conflit sous-acromial sous forme de prolifération osseuse sous-acromiale. Il en résultait les restrictions fonctionnelles suivantes : éviter totalement de travailler en élévation des membres supérieurs au-delà de 70°, éviter le port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive et éviter un travail en antéflexion du rachis.

Dans un avis médical du 9 octobre 2014, la Dre V.\_\_\_\_\_ a conclu en ces termes son analyse des documents médicaux au dossier :

« A l'examen du 07.2014, la Dre Q.\_\_\_\_\_ retient le diagnostic de capsulite de l'épaule D suite à une arthroIRM ; lors de l'examen rhumatologique de 2011, les douleurs de l'épaule D étaient déjà présentes, le Dr C.\_\_\_\_\_ ne pouvait alors s'orienter vers une pathologie spécifique. Cependant, des limitations fonctionnelles avaient déjà été retenues pour cette même épaule ; elles sont semblables à celles annoncées par la Dre Q.\_\_\_\_\_. Concernant les cervicalgies et le contexte migraineux, la Dre Q.\_\_\_\_\_ dit que l'évolution est en partie favorable.

Les autres documents médicaux fournis par l'assurée sont antérieurs à 2013 et ont déjà été discutés (imageries ostéo-articulaires) ou concernent des interventions d'ordre gynécologique.

**Conclusion :**

Les documents médicaux fournis par l'assurée ne démontrent pas d'éléments nouveaux justifiant une modification des conclusions du rapport SMR de juin 2011. »

Par décision du 21 octobre 2014, entrée en force, l'office AI n'est pas entré en matière sur la demande de prestations (rente et/ou mesures professionnelles) déposée par l'assurée le 10 mars 2014, au motif qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision de refus de prestations du 19 juin 2013.

**C.** Alléguant souffrir de la maladie d'Ehlers-Danlos « depuis environ une vingtaine d'années », l'assurée a déposé, en date du 19 décembre 2017, une troisième demande de prestations, traitée comme une demande de révision (courrier de l'office AI du 20 décembre 2017).

A l'appui de sa démarche, l'assurée a demandé à son médecin traitant, le Dr X.\_\_\_\_\_, de rédiger un rapport médical qu'il a transmis à l'office AI en date du 4 janvier 2018. Il y faisait état des diagnostics suivants : syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile avec polyarthralgies, hypertension artérielle, cervico-scapulalgies chroniques, tendinopathie de la zone critique du tendon du muscle sus-épineux droite de type tendinose, bursite sous-acromio-deltoïdienne droite, neuropathie cubitale du coude droite, hypercholestérolémie non traitée (intolérance aux statines), hernie hiatale, syndrome des jambes sans repos et dysfonctionnement des muscles de la mastication avec bruxisme. Compte tenu de l'état algique présenté par l'assurée, le Dr X.\_\_\_\_\_ a estimé que le degré d'incapacité de travail était compris dans une fourchette allant de 50 à 70 %. Etait notamment joint à son courrier un rapport du 31 octobre 2017 du Dr K.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint au Département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital W.\_\_\_\_\_, dans lequel il posait le diagnostic de polyarthralgies dans le cadre d'un probable syndrome d'Ehlers-Danlos, actuellement sans signe de Beighton.

Dans un avis médical du 14 janvier 2018, le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a retenu que le rapport précité du Dr X.\_\_\_\_\_ n'apportait pas d'éléments convaincants sur le plan somatique justifiant une incapacité de travail de 70 %.

Le 17 janvier 2018, l'office AI a communiqué à l'assurée un projet de décision l'informant de son intention de ne pas entrer en matière sur sa demande de prestations du 19 décembre 2017, au motif qu'il n'avait pas constaté de modifications notables dans sa situation professionnelle ou médicale (pas de nouveaux diagnostics, pas de nouvelle situation).

Par courrier du 19 février 2018, l'assurée a fait état de son désaccord avec ce projet de décision. Se prévalant de divers problèmes de santé (douleurs intenses provoquant des crises d'angoisse, problèmes de mâchoire, sautes d'humeur, fatigue intense, raideur des membres, problèmes de digestion, d'acidité et saignement de l'estomac, de constipation, problèmes de vue, problèmes auditifs, problèmes d'éblouissement, problèmes de tension artérielle, frisson, fièvre, vertige, intolérance à de nombreux médicaments, migraines, problèmes de cholestérol), l'intéressée a fait valoir qu'ils faisaient obstacle à l'exercice d'une activité à plein temps.

Dans un rapport du 20 février 2018 adressé à l'office AI, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a indiqué que sa patiente souffrait d'un syndrome d'Ehlers-Danlos hyper mobile ayant probablement été responsable de 7 fausses-couches, ce qui constituait une des complications connues de cette maladie. Cette situation avait par ailleurs entraîné un état dépressif. L'intéressée souffrait en outre de douleurs articulaires multiples, situation classique en présence d'un tel syndrome. A cela s'ajoutait un syndrome des jambes sans repos perturbant clairement le sommeil et ne faisant qu'aggraver la fatigue, les douleurs et les troubles dépressifs. Le Dr R.\_\_\_\_\_ a dès lors préconisé une réévaluation de la situation à la lumière des éléments indiqués. Il a joint à son rapport différents documents tels qu'une polysomnographie du 7 mars 2017 ayant notamment mis en évidence un syndrome des jambes sans repos ainsi qu'un rapport du 10 juillet 2017 faisant suite à un examen clinique au Service de génétique médicale de l'Hôpital W.\_\_\_\_\_ motivé par la suspicion d'un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile - diagnostic finalement confirmé - ; il ressortait également de cette pièce que l'assurée

présentait une hyperlaxité globalement hors norme en réduction progressive depuis l'âge de 20 ans.

Par avis médical du 15 mars 2019, le Dr H. \_\_\_\_\_ a considéré que la situation était inchangée et qu'il convenait d'en rester aux conclusions antérieures.

Par décision du 23 avril 2018, l'office AI a entériné son refus d'entrer en matière sur la demande de prestations du 19 décembre 2017 conformément à son projet de décision du 17 janvier 2018.

**D.** Par acte du 18 mai 2018, T. \_\_\_\_\_ a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, en concluant à son annulation en ce sens que l'office AI entre en matière sur sa demande de prestations du 19 décembre 2017. Elle a fait valoir que, depuis la décision du 21 octobre 2014, son état de santé s'était péjoré. Outre une opération des nerfs proposée en 2017, elle a indiqué que, durant cette même année, un nouveau diagnostic avait été posé, à savoir celui de la maladie d'Ehlers-Danlos. Au surplus, l'aggravation de son état de santé se manifestait également par des douleurs intenses, lesquelles provoquaient des crises d'angoisse, des problèmes de mâchoire, des sautes d'humeur, une fatigue intense, une raideur des membres, des problèmes de digestion, d'acidité, de saignement de l'estomac ainsi que des problèmes visuels (éblouissement). A cela s'ajoutaient des difficultés concernant la tension artérielle avec des frissons, de la fièvre, des migraines et des problèmes de cholestérol. L'assurée a déploré que l'office AI ait refusé d'entrer en matière sur sa demande de prestations, car cette position revenait à nier l'évidence. Elle a annoncé la production de nouveaux rapports médicaux.

Dans sa réponse du 30 août 2018, l'office AI a renvoyé aux avis médicaux du SMR des 14 janvier et 15 mars 2018 analysant les rapports médicaux produits par l'assurée à l'appui de sa demande de prestations du 19 décembre 2017. Il a proposé le rejet du recours.

Par réplique non datée reçue par le greffe de la Cour de céans le 24 octobre 2018, T.\_\_\_\_\_ a expliqué avoir travaillé dès l'âge de 18 ans en dépit de nombreux problèmes de santé. Au fil du temps et malgré sa bonne volonté, les douleurs ressenties ont affecté sa motivation, si bien que sa cadence en a pâti et qu'elle s'est régulièrement retrouvée en arrêt de travail. Dans ces conditions, il lui était difficile de retrouver un emploi correspondant à ses aptitudes.

Dupliquant en date du 8 novembre 2018, l'office AI a plus particulièrement souligné que les pièces médicales produites postérieurement au prononcé de la décision administrative du 23 avril 2018 ne pouvaient pas être prises en compte dans le cadre de la présente procédure. Il a réitéré ses conclusions tendant au rejet du recours.

Le 21 novembre 2018, T.\_\_\_\_\_ a déposé une liasse de pièces dont plusieurs avaient déjà été versées au dossier. Y figuraient toutefois les documents suivants :

- un courrier du 1<sup>er</sup> juin 2018 adressé au Dr X.\_\_\_\_\_ par le Dr K.\_\_\_\_\_ faisant suite à une évaluation des capacités fonctionnelles du 17 mai 2018 ; il y posait le diagnostic de polyarthralgies dans le cadre d'un syndrome d'Ehlers-Danlos avec déconditionnement et troubles statiques ;
- une attestation médicale du 9 octobre 2018 établie par la Dre M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, laquelle indiquait se charger du suivi de l'assurée depuis le 13 août 2018 et retenait le diagnostic de trouble dépressif récurrent de degré moyen à sévère (F 33.1 et F 33.2) justifiant une capacité de travail de 50 % au maximum.

**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.** Le litige porte sur le refus de l'office AI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par la recourante le 19 décembre 2017. Il convient en particulier d'examiner si la recourante a rendu plausible une modification des faits depuis la dernière décision de refus de prestations, qui justifierait un nouvel examen de son cas.

**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). Par dernier examen matériel du droit à la rente, il faut entendre la dernière décision entrée en force rendue avec une constatation des faits pertinents,

une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71).

**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. 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).

Selon la doctrine, « 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 ou 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 ss).

**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). Toutefois, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

**4. a)** En l'occurrence, l'office AI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par la recourante le 19 décembre 2017. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la décision de refus de prestations du 19 juin 2013 – dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente – et la décision litigieuse du 23 avril 2018, un changement important des circonstances propres 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 AI jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 23 avril 2018 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 19 juin 2013. En d'autres termes, la Cour de céans se bornera à examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier.

**b)** Pour prononcer sa décision du 19 juin 2013, l'intimé s'est fondé sur le rapport du SMR du 22 mars 2011. Sur la base de l'examen clinique rhumatologique et de médecine physique/réadaptation effectué, le Dr C.\_\_\_\_\_ a retenu pour seule atteinte à la santé incapacitante des cervico-brachialgies droites non irritatives, non déficitaires, dans un contexte de protrusions discales étagées prédominant en C5-C6. Si la capacité de travail dans l'activité habituelle d'ouvrière était nulle depuis le 30 avril 2010, elle était entière dans une activité adaptée, depuis mi-septembre 2010, moyennant le respect des mesures d'épargne classiques du rachis cervical : pas de travail prolongé la tête en extension, pas de rotation rapide, pas de position statique de la tête prolongée au-delà de 30 minutes ; pas de travail avec les bras de façon prolongée au-dessus de

l'horizontale ; pas de port de charges répété au-delà de 5 kg, épisodique au-delà de 10 kg.

**c)** Sur le plan somatique, la recourante se prévaut des rapports des Drs X.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, datés respectivement des 4 janvier et 20 février 2018.

**aa)** Dans son rapport du 4 janvier 2018, le Dr X.\_\_\_\_\_ a confirmé la persistance, depuis 2014, de douleurs à l'épaule droite, mais également l'apparition de fatigue oculaire, de douleurs lombaires basses lors des positions statiques prolongées, de cervicalgies et de troubles du sommeil avec syndrome des jambes sans repos. L'ensemble des douleurs qui semblaient toucher différentes articulations et régions abarticulaires avait fait suspecter l'existence d'un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, diagnostic finalement confirmé le 10 juillet 2017 lors d'un examen à l'Hôpital W.\_\_\_\_\_. Le Dr X.\_\_\_\_\_ a précisé que ce nouveau diagnostic jetait une lumière nouvelle et une meilleure compréhension des limitations fonctionnelles affectant la recourante. Il a ainsi estimé qu'il lui serait possible de travailler entre 30 et 50 %. Il a toutefois fait état d'un pronostic sombre au vu de l'évolution des douleurs et de la mise en évidence d'un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile.

**bb)** Les constatations du Dr X.\_\_\_\_\_ reposent sur une évaluation récente de la recourante. En outre, en présence d'une nouvelle atteinte à la santé susceptible d'influer la capacité de travail et, partant, la capacité de gain, le Dr X.\_\_\_\_\_ a rendu plausible une péjoration de l'état de santé ostéo-articulaire de l'intéressée. De son côté, le Dr R.\_\_\_\_\_ a également fait part d'une aggravation de la fatigue et des douleurs dans un contexte pathologique polymorphe incluant des problématiques rhumatologiques, neurologiques, gynécologiques et psychiatriques à l'aune desquelles il convient, selon lui, de réévaluer la portée respective des limitations physiques et psychiques.

**d)** En ce qui concerne l'aspect psychique, la recourante se prévaut du rapport dressé le 9 octobre 2018 par sa psychiatre traitante, la

Dre M.\_\_\_\_\_ dans lequel celle-ci a retenu un trouble dépressif récurrent de degré moyen à sévère, pathologie qui justifie selon elle une incapacité de travail de 50 %, ce qui rend plausible une aggravation de l'état de santé psychique de l'intéressée. En effet, la Dre B.\_\_\_\_\_ avait diagnostiqué un trouble anxieux et dépressif mixte, sans effet sur la capacité de travail (cf. rapport du 29 novembre 2010) tandis que le Dr P.\_\_\_\_\_ n'avait pas mentionné de symptomatologie dépressive (cf. rapport du 4 mai 2011). Au demeurant, le suivi psychothérapeutique mis en place depuis le mois d'août 2018 et le traitement médicamenteux qui lui est associé sont à même de rendre compte de cette aggravation. Sous l'angle formel, le fait que le rapport de la Dre M.\_\_\_\_\_ ait été établi postérieurement à la décision litigieuse ne saurait nuire à la recourante dans la mesure où le Dr R.\_\_\_\_\_ avait évoqué une aggravation des troubles dépressifs présentés (cf. rapport du 20 février 2018). Il convenait à l'intimé d'interpeller l'intéressée sur ce point avant de statuer, fut-ce en lui impartissant un bref délai, sauf à violer son devoir d'une instruction d'office et complète (même si elle pouvait être sommaire) de la demande de réexamen.

**e)** Au vu de ce qui précède, il s'avère que les éléments médicaux avancés par la recourante rendent plausible une modification de son état de santé tant sur le plan somatique que psychique depuis la dernière décision de refus de prestations rendue le 19 juin 2013 et se rapportant aux examens cliniques effectués au SMR en février 2011 sous le seul angle somatique, l'aspect psychique n'ayant jamais retenu l'attention du SMR. L'appréciation de l'état de santé de l'intéressée et de sa capacité de travail ne concorde plus avec les indications ressortant des documents médicaux produits à l'appui de la dernière demande de prestations du 19 décembre 2017. Ainsi, le SMR ne pouvait qualifier la situation d'inchangée sans procéder à un minimum d'investigations sur le fond, ce dont il s'est abstenu. A ce stade, il n'appartient toutefois pas au Tribunal d'ordonner la forme que doit prendre cette instruction, mais uniquement à l'intimé d'entrer en matière sur la demande de prestations déposée le 19 décembre 2017. En conséquence, il y a lieu de renvoyer la cause à l'office AI afin qu'il entre en matière sur cette demande de

prestations 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 les questions faisant l’objet des considérants 4c et 4d ci-dessus. Concrètement, il s’agira d’éprouver les atteintes à la santé alléguées et leur répercussion en termes de capacité de travail.

**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 19 décembre 2017, 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 sans l’assistance d’un mandataire qualifié, la recourante n’a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision rendue le 23 avril 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet Office pour qu'il procède au sens des considérants puis rende une nouvelle décision.
  
- III.** Les frais de justice, 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.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Mme T. \_\_\_\_\_,
- 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).

Le greffier :