

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 mars 2021

---

Composition : M. NEU, président  
Mme Röthenbacher et M. Métral, juges  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 87 RAI**

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

**A.** T.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1963, 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 7 septembre 2015.

Dans un rapport du 9 octobre 2015, la Dre Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitante de l'assurée, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent depuis 1990 et d'accident le 6 janvier 2015 avec chute et contusion costale droite. Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, elle a mentionné des lombalgies chroniques sur discopathie étagée et hernie discale L4-L5, une migraine, une sinusite à répétition et un status après cure de hernie inguinale gauche en octobre 2009.

Selon un rapport établi le 28 décembre 2015 par la Dre H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'assurée présentait un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), qui avait fait suite à un status post trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22) consécutif à l'annonce d'une maladie grave chez sa fille en octobre 2014 (Z63.8).

A la demande de l'assureur perte de gain maladie de l'assurée, une expertise psychiatrique a été réalisée par la M.\_\_\_\_\_. Dans un rapport du 10 novembre 2015, réceptionné par l'OAI le 26 janvier 2016, la Dre Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions (F43.23), actuellement en status post. Elle a estimé que l'assurée bénéficiait d'une pleine capacité de travail depuis la date de l'expertise, le 29 septembre 2015.

A l'initiative du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), l'OAI a confié la réalisation d'une nouvelle

expertise psychiatrique au Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans le rapport qu'il a établi le 25 août 2017, celui-ci a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation ayant évolué vers un trouble anxieux et dépressif mixte (F43.2/F41.2). Au niveau des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert a retenu des traits de la personnalité anxieuse, actuellement non décompensés (Z73.1), ainsi que deux diagnostics alternatifs, à savoir un trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4) sans indices de gravité juridiques remplis, qu'il estimait peu probable, versus un diagnostic probable de facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs (F54) sans indices de gravité juridiques remplis. Les limitations fonctionnelles psychiatriques étaient peu importantes, dans le sens d'une fatigue subjective sans ralentissement psychomoteur objectivable, d'une faible résistance au stress, d'une tendance à s'angoisser rapidement, de troubles de la concentration subjectifs, sans isolement social significatif dans un contexte de douleurs chroniques diffuses persistantes. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a estimé que depuis 2014, la capacité de travail clinique était de 70 % sans baisse de rendement - respectivement qu'il y avait une pleine capacité de travail avec une baisse de rendement de 30 % - dans l'activité habituelle, laquelle était adaptée d'un point de vue psychiatrique. L'expert s'est notamment prononcé comme suit à propos des douleurs de l'assurée :

#### **« A.3.7 Somatisation**

*Selon les critères généraux au sens de la CIM-10 on doit rechercher des antécédents de plaintes somatiques multiples et variables, pendant au moins deux ans, ne pouvant être expliquées par un trouble somatique identifiable.*

##### **A3.7.1 Clinique**

Dans le cas présent, l'explorée a des **plaintes douloureuses persistantes diffuses et surtout à certains endroits** (rachis, épaules, migraines, sinusites) **depuis plusieurs années selon l'anamnèse, mais probablement avec un substrat organique au moins partiel selon le dossier médical asséculo-logique en possession de l'expert.**

Etant donné que nous ne sommes pas des experts somaticiens, nous ne pouvons pas confirmer l'existence d'un trouble somatoforme douloureux persistant, mais cette entité diagnostique apparaît comme possible. Dans ce contexte, nous allons passer en revue les

critères diagnostiques du trouble somatoforme douloureux et les indices jurisprudentiels de gravité.

**A.3.7.2. Syndrome douloureux somatoforme persistant, critères diagnostiques selon la CIM-10 :**

**Examen clinique : critères pour un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant selon la CEVI-10 :**

**Douleur intense et persistante**

*La plainte essentielle concerne une douleur intense et persistante s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique.*

Dans cette situation, actuellement nous retenons des douleurs intenses et persistantes, alors que la détresse de l'assurée est réelle à cause de douleurs évoluant avec des hauts et des bas depuis plusieurs années. Les douleurs restent actuellement une plainte importante de l'assurée.

**Contexte psychosocial**

*La plainte douloureuse survient dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés par un clinicien comme étant la cause essentielle du trouble.*

Selon l'anamnèse, l'investiguée fait mention de plusieurs conflits interpersonnels, ainsi que d'autres conflits relationnels qui auraient précédé l'apparition des douleurs selon l'anamnèse.

**Sollicitude**

*Le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrue de l'entourage et des médecins.*

Dans le cas présent, l'assurée bénéficie d'une prise en charge de la part de ses médecins somaticiens (et dans le passé psychiatre traitante) qui mentionnent le status algique de l'assurée, avec une base organique partielle, plaidant plutôt pour un trouble douloureux somatoforme persistant (somatisations selon la médecin traitante).

**Exclusion**

*Une douleur considérée comme psychogène mais survenant au cours d'un trouble dépressif ou d'une schizophrénie est un critère d'exclusion.*

Dans le cas présent, les douleurs de l'assurée ont été augmentées suite au trouble anxieux et dépressif mixte, mais elles ont précédé de plusieurs années l'épisode dépressif et anxieux mixte de 2014 selon l'anamnèse. Nous n'objectivons pas actuellement de symptômes psychotiques présents pouvant expliquer la symptomatologie de l'investiguée.

### **A.3.7.3 Critères de gravité du Trouble somatoforme douloureux persistant selon la nouvelle jurisprudence 03.06.2015**

[...]

**En conclusion, les indices jurisprudentiels de gravité pour un éventuel trouble douloureux somatoforme persistant ne sont pas remplis.**

### **A.3.7.4 Facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs (F54)**

Les rapports médicaux en possession de l'expert, ainsi que l'examen clinique psychiatrique, plaident pour l'hypothèse que les douleurs de l'assurée ne peuvent vraisemblablement être entièrement expliquées par un trouble somatique, malgré un substrat organique objectivable. Dans ce contexte de troubles somatiques aussi existants, nous pouvons retenir des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs, F54.

En effet, selon les critères diagnostiques de la CIM-10, lorsqu'une douleur peut être expliquée par un mécanisme physiopathologique connu ou présumé, mais qu'il existe des arguments en faveur du rôle étiologique de facteurs psychologiques, on doit porter d'une part un diagnostic de **Facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs (F54)** et d'autre part un diagnostic figurant dans un autre chapitre de la CIM-10.

Dans le cas présent nous ne pouvons pas statuer quant à la présence d'un mécanisme physiopathologique somatique avec un rôle étiologique dans les douleurs de l'assurée, car nous ne sommes pas des médecins somaticiens. Au cas où on retiendra un substrat organique, nous pouvons retenir le diagnostic de **Facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs (F54)**, plutôt que le diagnostic de Trouble douloureux somatoforme persistant. »

Dans un complément d'expertise du 17 novembre 2017, le Dr B.\_\_\_\_\_ a répondu aux questions posées par le SMR (avis du 22 septembre 2017) et a notamment précisé que la capacité de travail clinique de l'assurée était de 70 % compte tenu de son déconditionnement et de ses autolimitations, mais que sa capacité de travail médico-théorique était de 100 % dans une activité adaptée au status somatique.

Le 19 janvier 2018, l'OAI a fait parvenir à l'assurée un projet de décision négative.

A l'appui de ses objections, l'assurée a notamment produit un rapport de la Dre Q. \_\_\_\_\_ du 16 février 2018, qui estimait qu'en raison de ses lombalgies chroniques et des cervico-brachialgies droites sur hernie discale C6-C7, l'assurée ne pouvait absolument plus travailler comme femme de ménage.

Dans un rapport du 20 février 2018, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, a indiqué que la palpation des points classiques de fibromyalgie était annoncée comme douloureuse, et que l'assurée présentait des cervico-lombalgies chroniques, actuellement non spécifiques, sans élément orientant vers une étiologie inflammatoire, tumorale, neurocompressive, métabolique toxique ou fracturaire. Le fait que la symptomatologie douloureuse semblait s'étendre depuis quelques mois à l'ensemble du corps pouvait faire craindre une évolution vers un syndrome polyalgique idiopathique diffus de type fibromyalgie.

Dans un rapport à l'OAI du 15 avril 2018, la Dre Q. \_\_\_\_\_ a considéré qu'en raison des cervico-brachialgies droites, du diagnostic de fibromyalgie posé par le Dr C. \_\_\_\_\_ et de l'état dépressif chronique, l'assurée ne pouvait plus travailler comme femme de ménage, mais pourrait exercer une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles, à un taux de maximum 50 %.

Dans un avis du 25 mai 2018, le SMR a retenu qu'il n'y avait pas de cause objective à la symptomatologie algique présentée par l'assurée et qu'une atteinte de type somatoforme n'avait pas été retenue comme étant incapacitante par l'expert psychiatre.

Par décision du 28 mai 2018, l'OAI a rejeté la demande de mesures professionnelles et de rente d'invalidité de l'assurée, au motif qu'elle ne présentait pas une atteinte à la santé invalidante qui justifierait une incapacité de travail de longue durée. Cette décision n'a pas fait l'objet d'un recours et est entrée en force.

**B.** Le 16 décembre 2019, la Dre Q.\_\_\_\_\_ a adressé un rapport à l'OAI en demandant une réouverture du dossier de l'assurée au motif que le diagnostic de fibromyalgie était nouveau et que ses troubles dégénératifs étaient plus importants.

Par courrier du 17 janvier 2020, l'OAI a transmis à l'assurée un formulaire officiel de demande de prestations AI à remplir et l'a informée qu'il lui appartenait de rendre plausible une modification de son degré d'invalidité au moyen d'un rapport médical, contenant notamment la description de l'aggravation de l'état de santé depuis la précédente décision.

Le 24 janvier 2020, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, exposant qu'elle souffrait de dépression, de fatigue, de douleurs dans tout le corps, de confusion, d'oublis et d'insomnies.

Dans un compte rendu du 30 janvier 2020, le SMR a constaté que le rapport du rhumatologue avait déjà été pris en compte dans son précédent avis et qu'il n'y avait pas d'éléments nouveaux.

Par projet de décision du 11 février 2020, puis par décision du 25 mai 2020, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande présentée par l'assurée, au motif qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

**C.** Par acte du 11 juin 2020, T.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à ce que l'OAI entre en matière sur sa nouvelle demande. Elle a pour l'essentiel fait valoir que la fibromyalgie la handicapait par des douleurs jour et nuit et qu'elle présentait des problèmes de mémoire. Elle a produit les documents suivants :

- le rapport de la Dre Q.\_\_\_\_\_ du 16 décembre 2019 ;

- deux rapports du Dr C.\_\_\_\_\_, établis les 9 juillet et 3 décembre 2018, dans lesquels il indiquait que l'anamnèse, l'examen clinique et les examens paracliniques orientaient vers le diagnostic symptomatique de syndrome polyalgique idiopathique diffus, de type fibromyalgie, avec présence de discrets signes de coxarthrose bilatérale radiologique, cependant sans limitation fonctionnelle, ainsi que d'une spondylarthrose L5-S1, n'expliquant cependant pas l'intensité, la persistance des plaintes et leur extension à l'ensemble du corps ; les douleurs étaient présentes de manière continue, diurnes et nocturnes ;
- un rapport du 6 décembre 2018 du Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, qui estimait que les plaintes n'étaient pas de nature radiculaire et précisait que l'ENMG du membre supérieur droit était normal.

Dans sa réponse du 19 août 2020, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Par réplique du 14 septembre 2020, la recourante a fait valoir que les douleurs liées à sa fibromyalgie l'empêchaient de travailler, que son état psychologique s'était aggravé depuis 2014 et a critiqué l'expertise psychiatrique réalisée. Elle a demandé à ce qu'une nouvelle expertise soit mise en œuvre. Elle a produit les témoignages de son époux et de son fils, ainsi qu'un rapport de la Dre Q.\_\_\_\_\_ du 13 septembre 2020, mentionnant que malgré la médication, les douleurs restaient très présentes et pesaient sur son moral, que la recourante avait de la peine à tenir son ménage, faisait le minimum et devait régulièrement se reposer en se couchant. Plusieurs traitements des douleurs avaient été essayés et une prise en charge par un centre d'antalgie était prévue.

Dans sa duplique du 7 octobre 2020, l'OAI a rappelé que la recourante n'avait produit aucun rapport médical susceptible de rendre plausible une aggravation de son état de santé en procédure

administrative, malgré le délai supplémentaire dont elle avait bénéficié pour faire part de ses objections.

Dans ses déterminations du 22 octobre 2020, la recourante a souligné la réalité de ses problèmes, regrettant qu'ils ne soient pas reconnus.

### **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'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par la recourante le 24 janvier 2020, singulièrement sur la question de savoir si cette dernière a rendu plausible, eu égard aux pièces produites devant l'intimé, une modification significative de l'état de fait qui justifierait un nouvel examen de son cas depuis la dernière décision statuant sur son droit aux prestations entrée en force.

**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 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).

**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. Cette limitation du pouvoir d'examen du juge ne s'applique toutefois pas si l'administration a omis d'impartir un délai à l'assuré pour produire les pièces pertinentes auxquelles il s'était référé dans sa demande (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 et consid. 6).

**4.** En l'occurrence, la recourante a déposé une première demande de prestations auprès de l'OAI, qui a été rejetée par décision du 28 mai 2018 au motif qu'elle ne présentait pas une atteinte à la santé invalidante qui justifierait une incapacité de travail de longue durée. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a fait réaliser une expertise psychiatrique par le Dr B.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 25 août 2017, celui-ci a conclu à la présence d'un trouble de l'adaptation ayant évolué vers un trouble anxieux et dépressif mixte, ainsi qu'à des traits de personnalité anxieuse. Tenant compte des plaintes douloureuses persistantes diffuses de la recourante, présentes depuis plusieurs années et n'ayant une base organique que partielle, il a évoqué l'existence d'un possible trouble somatoforme douloureux persistant, avec un diagnostic différentiel probable de facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs (expertise pp. 30-32 et 34-35). Après avoir procédé à un examen du caractère invalidant de ces atteintes (expertise pp. 32-34), l'expert a conclu que les critères jurisprudentiels de gravité n'étaient pas remplis et que le trouble douloureux somatoforme persistant n'était pas porteur de limitations fonctionnelles objectivables (expertise p. 39). Quelques mois après cette expertise, la recourante a été examinée par le Dr C.\_\_\_\_\_, qui a conclu à la présence d'un syndrome polyalgique idiopathique diffus de type fibromyalgie dans son rapport du 20 février 2018. Ce rapport a été adressé à l'OAI par la Dre Q.\_\_\_\_\_ en date du 15 avril 2018. La médecin traitante estimait que la recourante ne pouvait plus travailler comme femme de ménage en raison de ses cervico-brachialgies droites, du diagnostic de fibromyalgie posé par le Dr C.\_\_\_\_\_ et de l'état dépressif chronique. Dans un avis du 25 mai 2018, le SMR a pris connaissance de ces rapports et constaté qu'une atteinte de type somatoforme n'avait pas été retenue comme étant incapacitante par l'expert psychiatre.

La nouvelle demande de prestations de la recourante est fondée sur un rapport que la Dre Q.\_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI le 16 décembre 2019. Dans celui-ci, la médecin traitante sollicite une réouverture du dossier auprès de l'OAI au motif que le diagnostic de

fibromyalgie est nouveau et que les troubles dégénératifs de la recourante sont plus importants. Contrairement à ce qu'elle indique, il faut constater que le diagnostic de fibromyalgie n'est pas nouveau puisqu'il avait déjà été pris en compte par le SMR dans son avis du 25 mai 2018, sur lequel la décision de l'OAI du 28 mai 2018 s'est fondée. Le rapport de la Dre Q. \_\_\_\_\_ ne permet pas non plus de rendre plausible une aggravation de cette atteinte. Non seulement la médecin traitante ne fait pas explicitement mention d'une péjoration de l'atteinte fibromyalgique, mais de plus, les descriptions qu'elle donne sont analogues à celles qui figuraient dans les rapports qu'elle a établis antérieurement à la décision de refus du 28 mai 2018, ainsi qu'à celles contenues dans le rapport d'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_. Ainsi, dans son rapport du 16 décembre 2019, la Dre Q. \_\_\_\_\_ indique que la recourante, en raison de ses douleurs importantes de type fibromyalgie ainsi que de l'arthrose des hanches et lombaire, ne peut pas assumer son travail de femme de ménage, qu'elle a déjà de la peine à tenir son ménage et doit se reposer et se coucher régulièrement dans la journée. Or, dans ses rapports des 16 février et 15 avril 2018, la Dre Q. \_\_\_\_\_ considérait déjà que l'activité de femme de ménage n'était plus exigible, en raison des douleurs cervicales et lombaires. Au moment de l'expertise, la recourante se plaignait déjà de douleurs, principalement au niveau du rachis et des épaules, qui occasionnaient parfois des réveils nocturnes et qui l'empêchaient d'effectuer les tâches lourdes du ménage. Elle a par ailleurs mentionné qu'elle faisait une sieste dans la journée (expertise pp. 18-19). L'expert B. \_\_\_\_\_ a tenu compte de l'ensemble de ces éléments dans son appréciation. En ce qui concerne les troubles dégénératifs de la recourante, qui sont devenus plus importants, il s'agit d'une évolution naturelle et rien ne permet de considérer qu'ils entraînent une aggravation significative de la situation. Le seul élément différent qui ressort du rapport de la Dre Q. \_\_\_\_\_ du 16 décembre 2019 est un léger changement de la médication de la recourante par rapport à ce qui prévalait avant la décision de l'OAI du 28 mai 2018, en ce sens qu'un anxiolytique (Lyrica) a été introduit. Cela n'est cependant pas propre à rendre plausible une aggravation de la fibromyalgie.

S'agissant des rapports produits par la recourante au stade du recours, il n'y a pas lieu d'en tenir compte dans la mesure où, par courrier du 17 janvier 2020, l'OAI a invité la recourante à produire un rapport médical décrivant notamment l'aggravation de son état de santé depuis la précédente décision. On peut au demeurant relever que les rapports produits ne permettent pas de rendre plausible une aggravation de la situation de la recourante. En effet, les rapports des Drs C.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ ont été établis en juillet et décembre 2018, soit très peu de temps après la décision négative de l'OAI et ne font pas état d'une aggravation depuis cette dernière. Quant au rapport de la Dre Q.\_\_\_\_\_ du 13 septembre 2020, il ne mentionne pas de péjoration récente, mais fait au contraire état de l'existence de douleurs chroniques depuis trois ans.

Les témoignages produits par la recourante ne constituent en outre pas des éléments de preuve probants, susceptibles de rendre plausible une aggravation de la situation sur le plan médical.

Par conséquent, en l'absence d'élément médical concret permettant de rendre plausible une péjoration de l'état de santé de la recourante, c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations qu'elle a déposée le 24 janvier 2020.

**5. a)** Le recours doit dès lors être rejeté.

**b)** 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 des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 25 mai 2020 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.

Le président :

La greffière :

**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).

La greffière :