

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 avril 2012

---

Présidence de      Mme      BRÉLAZ BRAILLARD  
Juges      :      MM. Neu et Gutmann, assesseur  
Greffière      :      Mme      Pradervand

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**H.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Me Philippe Nordmann,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 87 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** H. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...] 1950, a exercé la profession de nettoyeuse au service de la [...] à Lausanne, depuis 1986. Le 7 mars 1998, elle a été impliquée dans un accident de circulation dans un parking lui occasionnant une plaie contuse de la lèvre inférieure et une entorse cervicale-lombaire bénigne. Totalement incapable de travailler dans les suites immédiates de l'accident, elle a pu reprendre son activité du 16 mars au 7 septembre 1998, date à laquelle elle a été victime d'une nouvelle incapacité de travail. Une deuxième tentative de reprise a été faite le 21 septembre 1998, suivie d'un arrêt définitif le 8 janvier 1999.

Le Dr C. \_\_\_\_\_, chirurgien et médecin d'arrondissement de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA), dans un rapport du 16 février 1999, a évoqué des plaintes non spécifiques, leur non organicité, l'absence de pathologie évidente avec une fonction objectivement complète de la colonne vertébrale toute entière, de l'épaule gauche et du bras gauche. Il a admis l'absence de trouble objectivable et l'évolution vers une chronicisation, pathologie indépendante, pour des raisons psychosociales.

Le 7 mai 1999, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à une orientation professionnelle et une rente.

Dans son rapport médical du 21 août 1999, le Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de cervico-brachialgies gauches chroniques d'origine mal déterminée, de lombalgies, de céphalées, de polyinsertionite, de troubles digestifs récidivants, d'état dépressif réactionnel (santé, difficultés familiales, etc.) et d'une constitution fragile. Il a noté au point 4.3 (statut) de son rapport, une patiente maigre et

fragile, découragée, paraissant à bout de résistance. Il a admis la possibilité d'exercer une activité non pénible à 50%.

Dans un rapport du 18 octobre 1999, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, a relevé une importante discordance entre l'importance des plaintes et les constatations objectives, admis l'existence de facteurs de non organicité influençant de manière majeure l'évolution de sa situation et approuvé l'utilité d'un antidépresseur tricyclique.

Le Dr R.\_\_\_\_\_ a posé, dans son rapport du 27 mai 2000, les diagnostics suivants : syndrome cervico-brachial gauche chronique, état dépressif et anxieux chronique, hallux valgus bilatéraux à opérer éventuellement et arthrose et troubles statiques de la colonne lombaire.

Le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a noté, en date du 26 janvier 2001, une évolution probable vers un trouble somatoforme douloureux.

Lors d'un examen clinique pluridisciplinaire du 13 mai 2002, les Drs V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, S.\_\_\_\_\_, rhumatologue et Z.\_\_\_\_\_, psychiatre du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) ont posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux chronique persistant, de spondylodiscarthrose stable et modérée prédominant en L4/L5 et L5/S1, d'arthrose de la première articulation MTP à gauche, de nodules d'Heberden des doigts, de chondropathie rotulienne, d'ostéopénie, de status après whiplash non déficitaire en 1998. Ils ont admis une capacité de travail complète dans son activité habituelle, sous réserve de la limite du port de charges à 12 kg, du fait de pousser ou de tirer de charges au-delà de 25 kg et de la possibilité d'alterner les positions.

Le Dr R.\_\_\_\_\_, dans un rapport médical du 1<sup>er</sup> juin 2002, a indiqué que sa patiente ne pouvait plus travailler dans son activité de

nettoyeuse et a évoqué l'aggravation de l'état de santé psychique et physique de l'assurée.

Par décision du 12 juin 2002, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : OAI ou l'intimé) a rejeté la demande de prestations, dans la mesure où il n'existait pas d'atteinte à la santé invalidante.

Les recours de l'assurée ont été rejetés par le Tribunal des assurances, puis par le Tribunal fédéral, et la décision attaquée confirmée.

**B.** Le 21 décembre 2005, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité pour l'obtention d'une rente.

Le 9 janvier 2006, le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin praticien et médecin traitant de l'assurée, a attesté de l'aggravation de l'état de santé de H.\_\_\_\_\_ sous forme d'un état anxiodépressif.

Il a transmis, en annexe à son certificat médical, deux rapports de l'Hôpital orthopédique du Centre hospitalier Q.\_\_\_\_\_ (Centre hospitalier Q.\_\_\_\_\_) des 8 août 2005 et 5 octobre 2005 attestant de l'investissement limité de la patiente dans un traitement qui s'était déroulé dans le cadre d'une hospitalisation auprès de l'unité [...] de l'Hôpital orthopédique.

Dans un avis médical du 18 janvier 2006, le Dr F.\_\_\_\_\_ du SMR a indiqué que la lecture des rapports précités mettait en évidence des plaintes identiques à celles exprimées auparavant, de même qu'un investissement négatif de l'assurée aboutissant à un échec et une rupture de la relation thérapeutique. Il a conclu également à un état de santé sans modification.

Le 19 janvier 2006, l'OAI a rendu une décision de refus d'entrer en matière, dans la mesure où il n'existait aucune modification de l'état de

fait entre le 16 février 2002 date de la dernière décision rejetée et le 19 janvier 2006 date de la nouvelle décision.

Le 20 février 2006, l'assurée a fait opposition à cette décision. Elle a produit un rapport médical du 22 mars 2006, dans lequel le Dr P.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'état dépressif majeur de gravité moyenne, de personnalité frustrée, de status post whiplash en 1999 et de difficultés conjugales; économiques. Dans l'appréciation du cas, il a expliqué qu'il n'existait pas de véritable indication à une psychothérapie, la demande semblant plutôt rentrer dans le cadre d'un conflit juridique ou asséculo-logique avec l'assurance-invalidité.

Le 9 octobre 2007, l'OAI a rendu une décision sur opposition rejetant l'opposition formulée, au motif que l'assurée n'avait pas transmis suffisamment d'éléments plausibles en faveur d'une péjoration de son état de santé.

**C.** Le 15 novembre 2007, l'assurée a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances concluant implicitement à l'octroi d'une rente d'invalidité.

Le 5 mars 2008, dans un rapport médical, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a fait état d'un trouble anxieux et dépressif mixte, allant en s'aggravant, dont l'expression symptomatique s'était «chronifiée» depuis quelques années déjà. Dans son évaluation de la situation, il a évoqué une intensité de la symptomatologie anxieuse et dépressive fluctuante ces dernières années en relation avec l'évolution de la pathologie algique, chez une personnalité au noyau psychotique, caractérisée par la mauvaise construction de l'espace symbolique, défendue contre une discrète angoisse de persécution par l'attachement au concret, avec quelques défenses abandonniques, ainsi que des traits immatures et de dépendance chez une femme déficiente mentale.

Par arrêt du 27 mai 2008, le Tribunal des assurances a rejeté le recours, considérant que ni d'un point de vue somatique ni d'un point de vue psychique, l'assurée n'avait démontré de manière vraisemblable une réelle aggravation de son état de santé.

**D.** Le 17 décembre 2008, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, sous forme de rente.

A l'appui de cette dernière, elle a produit un rapport médical du 20 janvier 2009 établi par le Dr G.\_\_\_\_\_, dans lequel il évoquait une dégradation psychique de l'état de santé de sa patiente au fil des années et dont les différents conflits institutionnels avaient chronicisé la situation. Il a affirmé en outre que selon lui, l'aspect psychique était en avant du tableau de la maladie et péjorait grandement le plan somatique.

Dans un avis médical du 16 février 2009, le Dr T.\_\_\_\_\_ du SMR a estimé que le rapport médical du Dr N.\_\_\_\_\_ ne permettait pas d'admettre un épisode dépressif majeur de gravité légère ni un trouble panique ou une anxiété généralisée, et que dès lors cela ne constituait pas une entité clinique suffisante pour modifier l'appréciation antérieure de l'exigibilité retenue par le SMR.

Dans un projet de décision du 21 avril 2009, l'OAI a refusé d'entrer en matière, considérant que les faits nouveaux annoncés n'étaient pas suffisants.

Par courrier du 1<sup>er</sup> juillet 2009, Me Philippe Nordmann, mandataire de l'assurée, a indiqué à l'OAI la mise en route d'un programme thérapeutique prochain, de sorte que la demande de révision pouvait être considérée comme retirée, une nouvelle demande devant être déposée à nouveau cas échéant au début de l'année suivante.

Une décision a été rendue le 7 juillet 2009 par l'OAI rejetant la nouvelle demande.

Le 24 mars 2010, l'assurée, par l'intermédiaire de son avocat, a remis à l'OAI un rapport médical du Dr N. \_\_\_\_\_ du 22 mars 2010, dans lequel il a retenu une pathologie psychiatrique de trouble dépressif récurrent justifiant une diminution de la capacité de travail et de gain de 50%. Il y a évoqué depuis au moins quatre ans un trouble dépressif récurrent avec des épisodes d'intensité de légère à moyenne, associé à des épisodes d'angoisse diffuse.

**E.** L'assurée a déposé une quatrième formule de demande de prestations le 29 avril 2010 en se référant au rapport du Dr N. \_\_\_\_\_ du 22 mars 2010, ainsi qu'à un rapport d'évaluation infirmière focalisée du département de psychiatrie du Centre hospitalier Q. \_\_\_\_\_ du 6 janvier 2010, et une évaluation ergothérapeutique du même département du Centre hospitalier Q. \_\_\_\_\_ du 21 janvier 2010.

Dans son avis médical du 28 juillet 2010, le Dr T. \_\_\_\_\_ du SMR a considéré que l'évaluation infirmière n'était pas à même de modifier ou apporter un diagnostic de type médical, de même que l'évaluation des capacités fonctionnelles et professionnelles de l'assurée par un ergothérapeute. Selon ce médecin, ces documents médicaux n'apportaient aucun élément nouveau permettant d'admettre une modification de l'état de santé de l'assurée.

Dans un projet de décision du 11 octobre 2010, l'OAI a refusé d'entrer en matière.

Le 8 novembre 2010, l'assurée a produit à l'OAI l'avis médical du 1<sup>er</sup> novembre 2010 du Dr N. \_\_\_\_\_ indiquant que l'état de santé psychique et somatique de l'assurée s'était dégradé depuis le début de l'année 2009 et que malgré une parfaite compliance aux médicaments et un bon suivi thérapeutique, il avait observé des difficultés d'attention, de concentration et de mémoire, de fatigue et de fatigabilité sérieuse, un sentiment de ne pas être à la hauteur, de doutes sur ses capacités et compétences, confirmés par les difficultés à comprendre les consignes, même simples, de capacités cognitives déficitaires et la persistance d'une

importante symptomatologie somatique de l'angoisse, lui permettant d'admettre une diminution de la capacité de travail et de gain de 50% au moins. Il a également constaté des difficultés objectives à intégrer une activité même en atelier protégé et a considéré qu'un retrait de la vie active depuis 11 ans depuis son dernier emploi, des douleurs physiques chroniques, une symptomatologie interprétative congruente à l'évolution dépressive, un repli social régressif devenu sévère, dû aussi à l'aggravation de l'angoisse persécutoire et abandonnique, ne laissait à H.\_\_\_\_\_ aucune chance d'accéder à des activités occupationnelles régulières, ni à un travail régulier en atelier protégé, ce qui signifiait d'expérience, qu'il était impossible pour elle de retrouver une place dans le marché normal du travail, sauf à temps très partiel, avec un rendement très probablement aussi diminué.

Par décision du 13 janvier 2011, l'OAI a refusé d'entrer en matière, au motif que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient aggravées de manière essentielle depuis la dernière décision. L'OAI a considéré qu'il s'agissait d'une appréciation différente d'un même état de fait.

**F.** Par acte du 15 février 2011, l'assurée a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, en concluant avec dépens à la réforme de la décision dans le sens que lui soit alloué une rente entière d'invalidité subsidiairement un trois-quarts de rente et plus subsidiairement encore une demi-rente d'invalidité.

Dans sa réponse du 26 avril 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision de refus d'entrer en matière du 13 janvier 2011, au motif que l'assurée n'avait pas mis en évidence une aggravation de son état de santé.

Dans sa réplique du 20 juin 2011, la recourante a maintenu les conclusions de son recours et produit en annexe deux nouvelles pièces, à savoir :

- un rapport médical du Dr N. \_\_\_\_\_ du 16 juin 2011, dans lequel il a indiqué un nouvel épisode dépressif majeur d'intensité moyenne, accompagné d'une vive angoisse avec exacerbation de la symptomatologie douloureuse chronique persistante, pendant le printemps 2010, suite au décès de sa sœur, ainsi qu'une symptomatologie dépressive évoluant par la suite de manière fluctuante avec une nouvelle exacerbation d'intensité moyenne à sévère au courant de la période des fêtes de fin d'année 2010. Il a confirmé une capacité de travail de 50% maximum dans une activité adaptée et posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, avec épisodes d'intensité entre moyenne et moyenne-sévère, chez une personnalité immature et dépendante, facilement décompensée;
- ainsi qu'un rapport d'ergothérapie du Centre hospitalier Q. \_\_\_\_\_ du 7 juin 2011.

Dans des déterminations du 14 juillet 2011, l'OAI a allégué que les pièces médicales précitées étant postérieures à la décision attaquée, elles ne devaient pas être prises en considération. Il a confirmé pour le surplus ses conclusions sous forme de rejet du recours.

Par écriture du 11 août 2011, la recourante a allégué que les documents médicaux produits dans le cours de la procédure, dans la mesure où ils précisaient des éléments déjà invoqués auparavant devaient être pris en considération. Elle a pour le surplus confirmé les conclusions de son recours.

**E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA; RS 172.021) et des exigences minimales prévues par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

Il s'ensuit que le recours déposé le 15 février 2011 contre la décision de refus d'entrer en matière du 13 janvier 2011 de l'OAI est recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont

des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 410 consid. 2c p. 417; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** Dans le cas d'espèce, l'objet du litige, défini par la décision attaquée du 13 janvier 2011, consiste en un refus d'entrer en matière. L'OAI considère, en effet, que l'assurée n'a pas rendu vraisemblable une modification essentielle des conditions de fait depuis la dernière décision. Dès lors, et quand bien même les conclusions en réforme de la recourante tendent à l'octroi d'une rente, la seule question litigieuse est celle de savoir si l'assurée rend vraisemblable que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Tout autre grief ou conclusion qui sort du cadre précité doit en conséquence être déclaré irrecevable.

**3. a)** Aux termes de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961; RS 831.201; tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement cf. art. 87 al. 2 et 3 RAI), lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits. 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 alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3; 125 V 410 consid. 2b; 117 V 198 consid. 4b). Ainsi, lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, de manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la

question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI (tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011) et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (TFA I 67/02 du 2 décembre 2003 consid. 2; I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.1). Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2 in fine).

**b)** Selon la jurisprudence, le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (ATF 125 V 193 consid. 2; 122 V 157 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI (tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art 43 al. 3 LPGA – qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst [constitution fédérale du 18 avril 1999 de la Confédération suisse; RS 101]; arrêt B. du 13 juillet 2000, H 290/98). Ainsi, lorsqu'un assuré dépose une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Il s'ensuit que les rapports médicaux établis ultérieurement au prononcé de la décision attaquée ne peuvent être pris

en considération dans un litige de ce genre, l'examen du juge des assurances sociales étant d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 130 V 64; TF I 52/03 du 16 janvier 2004; I 597/05 du 8 janvier 2007).

**4. a)** En l'espèce, il convient d'examiner si les pièces déposées, dans le cadre de la nouvelle demande de prestations de la recourante du 29 avril 2010, justifient la reprise de l'instruction du dossier. En d'autres termes, si ces documents (notamment : le rapport médical du Dr N.\_\_\_\_\_ du 22 mars 2010, l'évaluation infirmière focalisée du département de psychiatrie du Centre hospitalier Q.\_\_\_\_\_ du 6 janvier 2010 et l'évaluation ergothérapeutique du même département du Centre hospitalier Q.\_\_\_\_\_ du 21 janvier 2010) rendent plausible un changement important des circonstances propre à influencer le taux d'invalidité retenu auparavant.

**aa)** D'un point de vue somatique, aucun document au dossier ne permet de retenir de manière plausible que l'état de santé de la recourante se serait aggravé de manière à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. En effet, si le Dr N.\_\_\_\_\_ relève dans son rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2010 une évidente dégradation de la situation psychique et somatique de H.\_\_\_\_\_ depuis début 2009, ni lui ni le Dr G.\_\_\_\_\_ n'apportent d'éléments médicaux objectifs permettant de se convaincre d'une aggravation somatique. Au contraire, dans son certificat médical du 20 janvier 2009, le Dr G.\_\_\_\_\_ évoque une dégradation psychique aggravée de par les différents conflits institutionnels qui ont péjorés et chronicisés sa situation. Selon lui, c'est l'aspect psychique qui est en avant du tableau de la maladie et qui péjore grandement le plan somatique. Dès lors qu'aucun document médical ne rend plausible une modification de l'état de santé et des conséquences qui pourraient en découler, il y a lieu de constater que du point de vue somatique, aucune modification significative de l'état de santé n'est à déplorer.

**bb)** S'agissant de l'aspect psychiatrique, à l'instar du Dr N.\_\_\_\_\_, il convient de relever que les évaluations infirmière et ergothérapeutique, menées par le service de psychiatrie du Centre hospitalier Q.\_\_\_\_\_ à sa demande, ont permis de confirmer la bonne collaboration de la recourante, sa bonne dextérité, ses compétences d'apprentissage, l'absence de troubles praxiques, mais aussi ses difficultés d'attention et de concentration, sa fatigue et fatigabilité sérieuse, son sentiment de ne pas être à la hauteur, ses doutes sur ses capacités et compétences, ainsi que ses capacités cognitives déficitaires.

Outre le fait que ni l'évaluation infirmière, ni le rapport rédigé par un ergothérapeute, ne sont des documents médicaux susceptibles de remettre en cause l'appréciation médicale faite par un médecin, ils n'ont de surcroît que confirmé des éléments déjà connus auparavant. En effet, dans son rapport du 5 mars 2008, le Dr N.\_\_\_\_\_ évoquait déjà une symptomatologie dépressive caractérisée par la tristesse, un sentiment de non-valeur, une certaine aboulie et apathie, des difficultés du sommeil, un sentiment de fatigue et de perte d'énergie fluctuant et une diminution de la capacité à se concentrer (cf. rapport médical du Dr N.\_\_\_\_\_ du 5 mars 2008, p. 4). Ces observations rejoignent d'ailleurs en grande partie celles faites par le Dr P.\_\_\_\_\_ en mars 2006, les médecins ayant examiné l'assurée antérieurement, bien que non psychiatres ayant déjà tous noté des éléments de la lignée dépressive.

Il ressort en outre du rapport médical du Dr N.\_\_\_\_\_ du 22 mars 2010, que la dysthymie de la recourante, qui existe depuis son jeune âge, caractérise depuis au moins quatre ans un trouble dépressif récurrent avec des épisodes d'intensité de légère à moyenne, associés à des épisodes d'angoisse diffuse.

Ce qui précède ne permet en conséquence pas d'admettre une modification récente des circonstances pouvant influencer l'invalidité. Le fait qu'au jour de son rapport, le médecin traitant considère que ces circonstances, imbriquées dans sa symptomatologie somatique, justifient une diminution de sa capacité de travail de 50% n'est révélateur que

d'une évaluation singulière du médecin traitant –forcément plus enclin à se prononcer en faveur de sa patiente – d'une situation semblable depuis plusieurs années. Rien ne permet d'ailleurs d'objectiver les raisons pour lesquelles ces circonstances présentes depuis de nombreuses années influenceraient aujourd'hui sa capacité de travail dans son activité de nettoyeuse, lui offrant justement les tâches automatisées et simples qui semblent adaptées à son état de santé. De surcroît, ni les capacités intellectuelles déficientes de la recourante antérieures à la problématique psychique, ni le manque d'intérêt et de motivation aux tâches qui lui sont demandées, relevés dans le rapport d'ergothérapie, ne sont des éléments à prendre en considération par l'assurance-invalidité.

On ne saurait en conséquence reprocher à l'OAI d'avoir, sur cette base, refusé d'entrer en matière et de n'avoir en conséquence pas approfondi l'instruction de la cause.

Quant au rapport médical du 1<sup>er</sup> novembre 2010 du Dr N.\_\_\_\_\_, que la recourante a produit dans le cadre de ses observations au projet de décision de l'OAI du 11 octobre 2010, il ne permet pas plus d'admettre la modification significative des circonstances conduisant à une invalidité. Ainsi que l'évoque ce médecin, le trouble dépressif récurrent, avec épisodes d'intensité entre moyenne et sévère, chez une personnalité immature et dépendante, est connu depuis 2006. Le fait que les mesures de prise en charge ergothérapeutiques au département universitaire de psychiatrie adulte à [...] n'aient pas permis d'améliorer ses difficultés d'attention, de concentration, de mémoire, de fatigue et de fatigabilité sérieuses, ses doutes quant à ses capacités et compétences, ne saurait être considéré comme une aggravation de son état de santé. Enfin, lorsqu'il évoque l'évidence pour le Dr G.\_\_\_\_\_ et lui-même de la dégradation de la situation psychique et somatique de la recourante depuis le début 2009, il n'évoque aucun élément objectif permettant d'y adhérer sans réserve. Ni le retrait de la vie active depuis son dernier emploi, à savoir il y a plus de 11 ans, ni les douleurs physiques chroniques ou le repli social – non objectivé – ne sont de nature à permettre

d'admettre ni une modification significative de son état de santé, ni un accroissement de ce fait de son degré d'invalidité.

Enfin, le courrier du 9 novembre 2010 du Dr N.\_\_\_\_\_, en annexe duquel il a transmis copie des analyses de sang pratiquées afin de déterminer la compliance médicamenteuse de l'assurée ne permet pas non plus une évaluation différente de la situation.

Dès lors, c'est à bon droit que l'OAI a refusé de reprendre l'instruction du dossier et refusé d'entrer en matière.

**b)** S'agissant du rapport médical du Dr N.\_\_\_\_\_, du 16 juin 2011, ainsi que du rapport d'ergothérapie du Centre hospitalier Q.\_\_\_\_\_ du 7 juin 2011, produits par la recourante à l'appui de sa réplique, ces derniers ne sont pas déterminants dans le cadre de la présente procédure, dès lors qu'ils ont été établis ultérieurement au prononcé de la décision attaquée. En effet, dans un litige comme celui qui nous occupe, l'examen du juge des assurances est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 130 V 64; TF I 52/03 du 16 janvier 2004).

**c)** Compte tenu de ce qui précède, force est de constater que c'est à bon droit que l'intimé a refusé d'instruire plus avant, considérant que la recourante n'avait pas rendu plausible la modification significative des circonstances conduisant à l'admission d'une invalidité. On ne saurait dès lors lui reprocher, à l'instar de la recourante, la violation de son obligation d'instruire la cause.

**5.** La recourante allègue encore que l'intimé n'aurait pas suffisamment pris en considération le facteur âge pour analyser la situation de manière réaliste et exiger la reprise d'un emploi sur le marché du travail. Elle considère qu'il n'existe pratiquement pas de marché du travail ouvert à une dame de 61 ans présentant des handicaps somatiques et psychiques importants.

S'il est vrai qu'il convient de tenir compte de ce facteur lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré proche de l'âge de la retraite, en ce sens qu'il faut se demander si, dans un cas concret, un employeur potentiel consentirait objectivement à engager un assuré compte tenu des activités encore exigibles, de l'adaptation de son poste de travail, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des cotisations patronales à la prévoyance professionnelle, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C\_713/2009 du 22 juillet 2010 consid.3.2; 8C\_22/2009 du 22 décembre 2009 consid.3.2), il n'en est rien lorsqu'il s'agit, comme en l'espèce, d'examiner si un changement important de circonstances susceptible d'influencer le degré d'invalidité s'est produit.

Comme vu précédemment au considérant 4, cette modification importante des circonstances conduisant à une invalidité, compte tenu des rapports médicaux émargeant au dossier, n'est pas réalisée. Le seul écoulement du temps, qui n'est en soi pas une atteinte à la santé, ne saurait être considéré comme une modification des circonstances à charge de l'assurance-invalidité et légitimer de ce seul fait l'octroi d'une rente (voir à ce sujet : arrêt TF 9C\_844 /2009 du 29 mars 2010 consid. 5). Si le seul critère de l'âge était constitutif d'une modification, cela contraindrait l'assurance-invalidité à tenir compte de facteurs qui lui sont étrangers et toute personne atteignant un âge avancé serait alors susceptible de prétendre à une rente de l'AI.

Quant à l'arrêt AI 154/10 de la Cour de céans auquel la recourante se réfère dans son mémoire de recours, la situation de fait est radicalement différente de celle de la présente cause. Il s'agissait en effet d'évaluer l'invalidité d'une assurée, âgée de 60 ans, en cours d'emploi, occupée à un taux inférieur à celui qu'elle aurait pu faire valoir dans une autre activité adaptée à sa santé.

**6.** Enfin, il ne saurait être donné suite à la demande d'expertise judiciaire requise par l'assurée au titre de mesure d'instruction dans son mémoire de recours. En effet, le principe inquisitoire ne s'appliquant pas à

la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI (tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011), il n'appartient pas à la Cour de céans de procéder à des mesures d'instruction, son pouvoir d'examen se limitant au point de savoir si les documents déposés en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier.

En définitive, compte tenu de ce qui précède, il apparaît que la recourante n'a pas rendu plausible que son état de santé s'est aggravé à ce point qu'il permettrait d'admettre une invalidité ouvrant le droit à une rente. Partant, c'est à bon droit que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande. Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée, sans qu'il ne soit besoin de procéder au complément d'instruction requis par la recourante.

**7.** 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'AI devant le Tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Ceux-ci sont supportés par la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'issu du litige, les frais de 400 fr. sont laissés à la charge de la recourante. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision du 13 janvier 2011 de 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 H.\_\_\_\_\_.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Philippe Nordmann (pour Mme H. \_\_\_\_\_),
- 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 :