COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 février 2023

Composition : M. PIGUET, président
M. Neu et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Simonin

*****

Cause pendante entre :

X._____, à Renens, recourante, représentée par Félix Brefin, à Lausanne,

et

Y._____, à Vevey, intimé.

Art. 87 al. 2 et al. 3 RAI ; 8 LPGA.

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le 9 juillet 1973, sans formation ni activité professionnelle, arrivée en Suisse en 2002, a déposé, le 14 septembre 2009, une demande auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), tendant à l'octroi d'une rente ou de mesures de réadaptation professionnelle. Elle a indiqué dans sa demande avoir mal au dos et souffrir de troubles psychologiques. L'assurée est mère de quatre enfants, dont le premier est né en 2003 d'un premier mariage, et les trois autres nés d'un second mariage, en 2008, 2010 et 2017.

Par formulaire du 17 octobre 2009, l'assurée a indiqué à l'OAI que si elle était en bonne santé, elle exercerait une activité lucrative à 50 % dans le nettoyage, par nécessité financière et intérêt personnel.

Dans un rapport médical du 3 novembre 2009, le Dr V._____, spécialiste en médecine interne et cardiologie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de troubles statiques du rachis et d'antélisthésis L5 (10 mm) avec sclérose facettaire, d'aspect crochu acromial et d'état dépressif réactionnel. Il a précisé que les symptômes actuels consistaient en des cervicalgies, des lombalgies, de l'aérophagie, de la constipation chronique et une hyposidérémie avec fatigue. Le pronostic n'était pas bon vu l'installation progressive d'un état dépressif. La capacité de travail de l'intéressée était de 50 % au maximum, avec une probable diminution de rendement, dans une activité adaptée sans port de charge supérieure à 10 kg, avec alternance de positions, sans travail accroupi ou à genoux ou avec les bras au-dessus de la tête, compte tenu également qu'elle avait un enfant de moins de deux ans. Le médecin précisait que l'assurée n'exerçait aucune activité lucrative à ce jour.

A la demande de l'OAI, l'assurée a précisé dans un courrier du 27 janvier 2010, qu'elle ne voyait plus de psychiatre depuis le mois de mars 2008.

Un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a été réalisé au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) par le Dr C._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et la Dresse U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 28 mai 2010, ces médecins ont retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques M54.56, avec des troubles statiques et un antélisthésis de L5-S1 du 1er degré ainsi que des cervico-brachialgies gauches chroniques (avec un conflit sous-acromial possible). Il était en outre précisé que l'assurée était enceinte de 7 mois (plus surcharge pondérale avec un poids de 90 kg pour 151 cm) et que les plaintes de lombalgies chroniques étaient vraisemblablement en relation avec l'antélisthésis, un déconditionnement musculaire aggravé par la grossesse de 2008 et la grossesse en cours. Les limitations fonctionnelles suivantes étaient retenues : pas d'activités à forte charge physique, pas de port de charge supérieur à 5 kg de façon répétitive, et occasionnelle au-delà de 7.5 kg, pas d'activités en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance à répétition, pas de positions statiques prolongées au-delà d'une heure ni de positions debout immobiles (piétinement). Toute activité sédentaire ou semi-sédentaire était possible à un taux de 100 % sans limitation fonctionnelle. Au plan psychiatrique, il n'y avait pas d'atteinte à la santé incapacitante, étant précisé que le diagnostic d'état dépressif réactionnel retenu par le médecin traitant n'avait pas été objectivé à l'examen clinique. La Dresse U._____ exposait qu'il était possible que l'assurée ait développé une symptomatologie dépressive réactionnelle ou simplement une humeur dépressive, laquelle était cependant en rémission complète et sans incidence sur sa capacité de travail. Il était encore précisé, dans le rapport du SMR, que l'incapacité de travail de 50 % attestée par le médecin traitant n'avait pas de justification au plan ostéo-articulaire.

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée au domicile de l'assurée et de son conjoint. L'enquêtrice a retenu que, sans atteinte à la santé, l'assurée aurait exercé une activité lucrative à 50 % et consacré le reste de son temps à ses travaux habituels. Aucune invalidité

n’a été retenue pour la part consacrée à l’accomplissement des travaux habituels.

Dans un projet de décision du 28 mars 2011, l’OAI a fait savoir à l’intéressée qu’elle n’avait le droit ni à une rente d’invalidité ni à une mesure de reclassement professionnel, compte tenu d’un taux d’invalidité de 5 %.

Par communication du 28 mars 2011, une mesure d’orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d’emploi ont été accordés à l’assurée.

Par décision du 26 mai 2011, l’OAI a refusé le droit de l’assurée à des mesures d’ordre professionnel et à une rente d’invalidité, pour les mêmes motifs que ceux retenus dans le projet de décision du 28 mars 2011. Cette décision est entrée en force.

B. X._____ a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l’OAI dans laquelle elle a indiqué qu’elle souffrait de dépression, de diabète de type 2 et d’hypertension. Elle a précisé qu’elle était soutenue par le Service social de [...]. A l’appui de sa demande, elle a produit un rapport médical du 27 juillet 2016 de la Dresse A._____, spécialiste en médecine interne générale, qui a posé les diagnostics suivants : diabète de type 2 depuis le 17 décembre 2014, obésité, hypertension artérielle traitée, hypercholestérolémie, hyperuricémie, status post épisode dépressif sévère en 2007, gonalgie à gauche sur syndrome fémoro-patellaire probable, lombalgies mécaniques récurrentes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs depuis 2013 et troubles statiques plantaires. Il était précisé que les fils aîné et cadet de l’assurée étaient autistes et qu’elle attendait un quatrième enfant, que son quotidien était bien chargé par l’occupation de ses enfants et qu’elle-même souffrait de problèmes de santé. Au plan psychiatrique, elle bénéficiait d’un suivi espacé et prenait de la Sertraline.

Dans un avis médical du 23 juin 2017, le Dr D._____ et la Dresse S._____ du SMR ont indiqué que les pathologies métaboliques alléguées n'étaient pas incapacitantes, qu'il n'y avait pas de nouvelles limitations fonctionnelles en lien avec la problématique rhumatologique et qu'au plan psychiatrique, le médecin traitant ne posait aucun diagnostic. Ils ajoutaient qu'au quotidien, l'assurée semblait pouvoir mobiliser des ressources notables qui n'évoquaient pas une diminution de sa capacité de travail. En définitive, il n'y avait pas d'élément en faveur d'une aggravation de la situation.

Par décision du 12 septembre 2017, confirmant un projet de décision du 29 juin précédent, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, au motif qu'il n'y avait pas de modification de la situation médicale ou économique.

C. Par formulaire du 25 mai 2021, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI. Elle y a indiqué qu'elle suivait une psychothérapie en raison d'une dépression depuis le 1er janvier 2017, auprès du Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Elle a également indiqué être suivie par la Dresse K._____, médecin praticien et médecin traitante, depuis le 19 novembre 2018.

Dans un courrier du 2 juin 2021, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il lui appartenait de rendre plausible une modification du degré d'invalidité et lui a imparti un délai de 30 jours pour produire un rapport médical détaillé - précisant le diagnostic, la description de l'aggravation de l'atteinte à la santé par rapport à l'état antérieur, le nouveau degré de l'incapacité de travail et le pronostic, ainsi que d'autres renseignements utiles - ou tout élément propre à constituer un motif de révision, faute de quoi une décision de non-entrée en matière serait rendue.

Par projet de décision du 6 octobre 2021, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations au motif que

l’assurée n’avait pas rendu plausible, par des documents adéquats, une modification notable de sa situation.

Le 1er novembre 2021, l’assurée a contesté le projet de décision en faisant valoir que sa santé était plus atteinte qu’auparavant et que l’état de santé de trois de ses enfants s’était également aggravé.

Par courrier du 4 novembre 2021, l’OAI a accordé à l’assurée un délai supplémentaire au 6 décembre afin qu’elle produise un certificat médical détaillé.

Dans un certificat médical du 1er décembre 2021, la Dresse K._____ a indiqué que sa patiente présentait plusieurs affections qui étaient à l’origine d’une incapacité de travail totale prolongée depuis au moins novembre 2018. Elle présentait en effet un diabète insulino-requérant sévère depuis 2016 à la suite d’un diabète gestationnel, et ce malgré plusieurs thérapies à visée antidiabétique. Actuellement, son hémoglobine glyquée était à 10.8 avec les traitements prescrits, étant précisé qu’elle était également prise en charge par un diabétologue. Par ailleurs, elle présentait un syndrome anxio-dépressif sévère dans un contexte familial difficile et était suivie par une psychiatre.

Par rapport médical du 6 décembre 2021, la Dresse N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué qu’elle suivait l’assurée depuis le 8 mai 2018 et que celle-ci présentait une dépression qui s’était chronicisée dans le contexte d’une situation familiale très éprouvante. La Dresse T._____ a posé les diagnostics F33.11 (trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen) et Z63.8 (Autres difficultés précisées liées à l’entourage immédiat). Elle précisait que sa patiente était en pleine crise existentielle, avec des symptômes de décompensation de son humeur. Elle présentait également une culpabilité forte émaillée par une hyperémotivité et une irritabilité. Son état nécessitait un renforcement de sa prise en charge. Le pronostic était réservé et une incapacité de travail au long cours était de mise.

Dans un avis médical SMR du 14 janvier 2022, le Dr D._____ a relevé que le diagnostic annoncé par la Dresse N._____ n'était pas étayé par une anamnèse précise, ni même par un status ou des indications précises liées à un traitement spécifique. Il n'y avait par ailleurs pas d'indications quant à des limitations fonctionnelles découlant directement d'une atteinte à la santé. Le Dr D._____ relevait que sur ce point, la psychiatre traitante retenait que les empêchements de sa patiente étaient surtout liés au contexte familial marqué par les maladies mentales de trois de ses quatre enfants. En conclusion, le Dr D._____ estimait que les rapports des médecins traitantes de l'assurée ne donnaient pas de consistance à une atteinte durablement incapacitante dans une activité adaptée telle que définie lors de la première demande.

Dans une décision du 17 janvier 2022, l'OAI a confirmé son refus d'entrée en matière sur la nouvelle demande de l'assurée du 25 mai 2021.

D. Par acte du 17 février 2022, X._____, par l'intermédiaire de son mandataire, recourt contre la décision du 17 janvier 2022 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle fait valoir qu'elle est en incapacité de travail à 100 %, s'appuyant sur les rapports médicaux des Dresses K._____ du 1er décembre 2021 et N._____ du 6 décembre 2021.

Dans sa réponse du 14 avril 2022, l'OAI maintient sa position et conclut au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. Déposé dans le délai de trente jours suivant la notification de la décision litigieuse (cf. art. 60 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]), le recours est intervenu en temps utile et respecte les autres conditions de

recevabilité prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière au fond.

2. Le litige a pour objet la question de savoir si l'OAI était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 25 mai 2021 par X._____.

3. **a)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur le 1er janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). En matière de droit transitoire, selon un principe général, le droit applicable est celui en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, sauf si des dispositions particulières de droit transitoire en disposent autrement (ATF 138 V 176 consid. 7.1). Les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version entrée en vigueur le 1er janvier 2022 s'appliquent par conséquent à toutes les rentes qui prennent naissance à partir du 1er janvier 2022, étant rappelé que, d'après l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. En revanche, si la décision concernant un premier octroi de rente, porte sur un droit qui a pris naissance avant le 1er janvier 2022 et est rendue après le 1er janvier 2022, ce sont les dispositions de la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) et du RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 qui s'appliquent (cf. ch. 9100 et 9102 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] valable dès le 1er janvier 2022 ; ch. 1007 à 1009 de la Circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rente linéaire [Circ. DT DC AI] valable dès le 1er janvier 2022).

b) En l’occurrence, un éventuel droit de la recourante à une rente d’invalidité prendrait naissance en novembre 2021, soit six mois après le dépôt de sa demande du 25 mai 2021 (art. 29 al. 1 LAI). Ce sont donc les dispositions de la LAI et du RAI dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 qui s'appliquent.

4. **a)** Lorsqu’une rente a été refusée parce que le degré d’invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s’est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). 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 la personne assurée 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).

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

Lorsqu'une personne assurée dépose une nouvelle demande sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'elle propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon elle être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'à défaut, elle n'entrera pas en matière sur sa demande. Un tel avertissement n'est nécessaire que si les moyens proposés sont pertinents, en d'autres termes s'ils sont de nature à rendre plausibles les faits allégués (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3).

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).

b) D'après l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

c) Selon la jurisprudence, les « facteurs extra-médicaux » (exagération des plaintes, réticence à accepter un traitement, faible motivation à reprendre une activité lucrative), à l'instar des facteurs psychosociaux et socioculturels, ne relèvent pas de l'assurance-invalidité. Pour admettre une invalidité, il faut dans tous les cas un substrat médical constaté de manière concluante par un médecin (spécialisé) et dont il est prouvé qu'il entrave considérablement la capacité de travail et de gain. Plus les facteurs psychosociaux et socio-culturels sont importants dans le cas d'espèce et contribuent à déterminer le tableau clinique, plus les

troubles psychiques constatés par le médecin spécialiste doivent être marqués et avoir valeur de maladie. Cela signifie que le tableau clinique ne doit pas se limiter à des atteintes dues à des facteurs socio-culturels, mais qu'il doit comprendre des éléments psychiatriques distincts, par exemple une dépression durable au sens de la médecine spécialisée, clairement différenciable des états dépressifs ou un état psychique comparable. Ainsi la présence de troubles psychiques autonome - en ce sens qu'ils doivent être distingués de la situation de stress socio-culturel - et ayant des répercussions sur la capacité de travail et de gain est indispensable pour que l'on puisse parler d'invalidité (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C_558/2020 du 7 septembre 2021 consid. 4.2 ; 9C_848/2017 du 29 mai 2018 consid. 4.2 ; 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 4).

5. **a)** En l'occurrence, l'office intimé a, par sa décision du 17 janvier 2022, refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations d'invalidité déposée par la recourante le 25 mai 2021. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la décision du 26 mai 2011 entrée en force et rejetant la première demande de prestations de la recourante et la décision litigieuse du 17 janvier 2022, un changement important des circonstances propre 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 intimé, jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'est modifiée depuis la décision du 26 mai 2011 - laquelle a donné lieu à un examen matériel du droit à la rente - en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrée en matière du 17 janvier 2022 et les circonstances qui prévalaient à l'époque de la décision du 26 mai 2011.

b) A l'époque de la décision du 26 mai 2011, la Dresse U._____ avait indiqué que, sur le plan psychiatrique, l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé incapacitante, le diagnostic d'état dépressif réactionnel retenu par le médecin traitant n'ayant pas été objectivé lors de l'examen clinique réalisé par le SMR. Selon ce médecin, il

était toutefois possible que l'assurée ait développé, par le passé, une symptomatologie dépressive réactionnelle ou simplement une humeur dépressive, laquelle était en rémission complète et sans incidence sur sa capacité de travail.

Au plan physique, le Dr C._____ avait retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques M54.56, avec des troubles statiques et un antélisthésis de L5-S1 du 1er degré et de cervico-brachialgies gauches chroniques. En raison de ces atteintes, ce médecin avait indiqué que l'assurée présentait des limitations fonctionnelles ne lui permettant pas d'exercer une activité à forte charge physique, mais que, dans une activité semi-sédentaire ou sédentaire, sa capacité de travail était de 100 %.

Après comparaison des revenus, l'office intimé avait fixé le taux d'invalidité à 5 %, ce qui ne donnait pas le droit à l'assurée à une rente d'invalidité ou à des mesures professionnelles.

c) A l'appui de sa nouvelle demande du 25 mai 2021, l'assurée a produit deux rapports médicaux, soit l'un de sa psychiatre traitante, la Dresse N._____, et l'autre de sa médecin généraliste, la Dresse K._____. En se fondant notamment sur l'avis SMR du 14 janvier 2022, l'office intimé a retenu que ces rapports médicaux ne rendaient pas plausible une aggravation de la situation médicale.

Or, au plan psychiatrique, l'assurée est suivie par la Dresse N._____ depuis le mois de mai 2018. Dans son rapport du 6 décembre 2021, ce médecin a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11), et d'autres difficultés liées à l'entourage immédiat (Z63.8). A l'appui du premier diagnostic, elle a indiqué que sa patiente était en pleine crise existentielle, présentait des symptômes de décompensation de son humeur, ainsi qu'une culpabilité forte et récurrente émaillée par une hyperémotivité et une irritabilité. La Dresse N._____ a en outre relevé que la prise en charge multidisciplinaire de sa patiente devait être renforcée. Elle a

estimé que le pronostic était réservé et qu'une incapacité de travail au long cours était de mise. Par ailleurs, il ressort du certificat médical de la Dresse K._____ du 1er décembre 2021, que la recourante prend un médicament anti-dépresseur ([...]), contrairement à ce qu'indique le Dr D._____ dans l'avis SMR du 14 janvier 2022. En comparaison, à l'époque de la première demande de l'assurée déposée en septembre 2009, la Dresse U._____ n'avait retenu aucune atteinte à la santé psychique au moment de son examen. L'assurée n'était par ailleurs plus suivie par un psychothérapeute depuis 2008, soit avant le dépôt de sa demande. Lors de sa deuxième demande en 2016, il n'était fait mention que d'un suivi psychiatrique « espacé ». Au vu de la comparaison entre la situation qui prévalait lors de la première demande de prestation et la situation actuelle, il apparaît donc plausible que l'état de santé de la recourante se soit aggravé sur le plan psychiatrique. Il faut encore ajouter que les difficultés de la recourante au plan familial se sont aggravées depuis sa première demande de prestation, puisque, entre temps, son fils aîné, né en 2003, a été hospitalisé pour des troubles du comportement, son troisième fils, né en 2010, a été diagnostiqué autiste et son quatrième enfant, une fille née en 2017, présente un retard du langage. Même si de telles difficultés ne sont pas en tant que telles du ressort de l'assurance-invalidité, il apparaît toutefois vraisemblable qu'elles aient un impact relativement durable sur l'état de santé psychique de la recourante.

S'agissant des critiques que le SMR formule à l'égard du rapport de la Dresse N._____ du 6 décembre 2021 – le SMR considère que ce rapport n'est étayé ni par une anamnèse précise, ni par un status et qu'il n'indique ni limitations fonctionnelles, ni traitement spécifique –, elles ne sont pas fondées. En effet, les éléments qui, selon le SMR, manqueraient au rapport de la Dresse N._____, sont spécifiques au formulaire-type que l'OAI demande aux médecins de compléter en cas d'entrée en matière sur une demande de prestations d'invalidité. Or, en l'occurrence, l'office intimé n'a pas demandé à la Dresse N._____ de compléter un tel rapport puisqu'il n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de la recourante. Il a uniquement envoyé un courrier à cette dernière le 2 juin 2021 lui indiquant que pour qu'il soit entré en

matière sur sa nouvelle demande, elle devait produire un rapport médical précisant le diagnostic, la description de l'aggravation de l'atteinte à la santé par rapport à l'état antérieur, le nouveau degré de l'incapacité de travail et le pronostic ainsi que d'autres renseignements utiles. Or le rapport de la Dresse N._____, même s'il n'est pas très détaillé, répond à tous ces points. Il ne saurait être exigé, dans le cadre de l'examen de l'entrée en matière sur une nouvelle demande de prestations, un rapport médical aussi argumenté et complet que s'il était question de l'examen du droit aux prestations. L'art. 87 al. 2 et 3 RAI requiert en effet que l'aggravation de l'état de santé soit rendue plausible par l'assuré mais pas qu'elle soit établie au degré de la vraisemblance prépondérante. En l'occurrence, il faut aussi tenir compte du fait qu'il s'est écoulé dix ans entre la première demande de prestations de la recourante et sa demande actuelle de sorte que, d'après la jurisprudence (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2), le caractère plausible de l'aggravation doit être apprécié de manière moins exigeante que si la première demande était récente.

Enfin, sur le plan physique, la Dresse K._____ a indiqué, dans son rapport du 1er décembre 2021, que la recourante souffrait d'un diabète insulino-requérant sévère, dont elle n'était pas atteinte lors de sa première demande de prestations. Il n'apparaît pas exclu qu'une telle atteinte, jugée sévère, ait une influence sur la capacité de travail et la capacité à exercer les travaux habituels de la recourante, notamment en cas de cumul avec une atteinte psychiatrique invalidante.

6. **a)** Vu ce qui précède, c'est à tort que l'office intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de la recourante, dès lors que celle-ci a rendu plausible une aggravation de son taux d'invalidité. Bien fondé, le recours est par conséquent admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour qu'il entre en matière sur la demande de prestations de la recourante du 25 mai 2021.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal

cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI, cf. art. 61 let. fbis LPGA). Vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 600 francs et mis à la charge de l'office intimé qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]).

c) La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif cantonal du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'office intimé (art. 55 al. 1 et al. 2 LPA-VD).

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 17 janvier 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour qu'il entre en matière sur la demande de prestations de la recourante du 25 mai 2021.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 (six cents) francs, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à X._____ un montant de 500 (cinq cents) francs à titre d'indemnité de dépens.

Le président : La greffière :

Du

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

- Félix Brefin (pour X._____),
- 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 :