

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 avril 2020

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Brélaz et Durussel, juges
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

L. _____, à [...], recourante, représentée par Me Laure Chappaz, avocate à Aigle,

et

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

Art. 53 al. 1 LPGA ; art. 87 al. 2 et 3 RAI.

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1981, de nationalité portugaise, a travaillé en Suisse comme cueilleuse de champignons auprès de la société P._____ SA depuis le 1^{er} juillet 2004. En 2011, son revenu annuel brut s'est élevé à 35'718 francs.

Le 17 juillet 2012, l'assurance perte de gain à laquelle elle était affiliée par l'intermédiaire de son employeur a rempli un formulaire de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison de l'épilepsie dont elle souffrait depuis l'enfance et de périodes d'incapacité de travail du 21 au 31 janvier 2012 puis dès le 30 mai 2012. Elle a produit un rapport du 15 juin 2012 du Dr D._____, spécialiste en neurologie, faisant état de 5 à 6 crises généralisées depuis le dernier contrôle et de crises complexes 4 à 5 fois par mois malgré la prise d'un traitement médicamenteux. L'OAI s'est également vu remettre des rapports du Dr V._____, médecin praticien et médecin traitant, des 31 janvier, 21 et 27 juin 2012 dans lesquels il posait le diagnostic d'épilepsie partielle complexe. Il précisait qu'à l'âge de 3 ans des crises convulsives généralisées étaient apparues et que l'assurée suivait un traitement depuis 1984. Il justifiait l'incapacité ordonnée au mois de mai 2012 par le fait que l'activité professionnelle était pratiquée essentiellement sur des plateformes en surélévation, ce qui mettait en danger la vie de l'intéressée.

Il ressort d'un rapport initial de l'OAI du 2 août 2012 que la situation s'était péjorée, que l'assurée subissait 1 à 2 crises par semaine, qu'elle présentait des limitations fonctionnelles affectant la mémoire et la force. L'évaluation des fonctions physiques a permis de constater de la fatigue et un manque de force ; celle des fonctions cognitives a mis en évidence des problèmes de mémoire et de concentration ainsi que le fait que l'assurée ne comprenait pas toujours ce qu'on lui disait.

Le 22 août 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI.

Aux termes du formulaire « détermination du statut (part active/part ménagère) » rempli le 31 août 2012, l'assurée a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité à plein temps depuis 2004 dans les domaines du nettoyage de bureau, de l'emballage de produits, de la conciergerie, etc.

Dans un rapport médical du 7 septembre 2012, le Dr D._____ a posé le diagnostic d'épilepsie partielle complexe. Il a indiqué que les crises épileptiques étaient apparues durant l'enfance et s'étaient maintenues jusqu'à ce qu'une accalmie ait permis un arrêt du traitement antiépileptique. En 2005, sans raison apparente, les malaises s'étaient modifiés avec une douleur épigastrique, des fourmillements et une raideur du membre inférieur droit, puis des automatismes sous forme de mouvements de mastication associés à une perte de contact. Le traitement antiépileptique avait été repris et les crises avaient diminué. En 2008, malgré un changement de son traitement, l'assurée avait continué à présenter environ une crise par mois, sous forme de crispation du visage, automatismes et obscurcissement de la conscience durant 3 à 4 minutes. Dernièrement, la patiente avait rapporté quelques crises généralisées. Lors du dernier contrôle, elle avait signalé quelques crises partielles de brève durée environ trois fois par mois. L'examen neurologique était dans les normes et le pronostic dépendrait de la réponse au traitement mais devrait être bon. Le praticien a ajouté que l'épilepsie imposait d'éviter des travaux en hauteur et face à des machines potentiellement dangereuses, l'assurée ne devant pas être exposée à des situations où la survenue d'une crise pourrait la mettre en danger elle-même ou son entourage. L'activité exercée était encore exigible pour autant qu'elle se fasse au niveau du sol, sans maniement de monte-charges ou de machines potentiellement dangereuses. Le rendement de l'assurée était réduit car les crises entraînaient une fatigue durant quelques heures après leur survenue.

Dans un rapport du 21 septembre 2012, le Dr V._____ a posé les diagnostics d'épilepsie partielle complexe et de retard mental léger (F 70), tous deux depuis l'enfance. Il a fait état d'un status somatique normal et d'un status psychique caractérisé par un trouble de la thymie avec un état dépressif. Le pronostic était défavorable. L'assurée subissait des pertes de connaissance qui se manifestaient sous la forme de chute dans le cadre de l'activité exercée jusqu'alors. Selon le médecin traitant, l'assurée ne pouvait exercer ni son activité précédente ni aucune activité adaptée, tant que ses crises convulsives ne seraient pas stabilisées. L'assurée était limitée dans sa capacité de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance. Le Dr V._____ a ajouté que l'assurée consultait le Dr D._____ depuis 2008, qu'il avait adapté le traitement médicamenteux et que d'avril 2008 à mars 2010 les crises avaient disparu.

Il ressort d'un rapport initial du 23 octobre 2012, rédigé consécutivement à un entretien du 16 réalisé en présence de l'assurée et d'une amie faisant office de traductrice, que l'intéressée ne comprenait pas le français et ne semblait pas comprendre ce qui lui était traduit en portugais. Elle a indiqué avoir été licenciée en raison de crises épileptiques toujours plus fréquentes, environ 4 crises par semaine.

Interpelé par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), le Dr V._____ a précisé que depuis l'arrêt de travail du 30 mai 2012, l'assurée faisait en moyenne une crise par semaine, que la compliance médicamenteuse était bonne et que l'intéressée était immédiatement en mesure de bénéficier d'une réinsertion à 50 %, dans une activité adaptée (rapport du 19 novembre 2012).

Dans un rapport du 17 décembre 2012, le Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la Dre P._____, psychologue assistante, ont posé les diagnostics de trouble anxieux et dépressif existant depuis plusieurs mois ainsi que d'épilepsie depuis l'enfance, tous deux avec effet sur la capacité de travail. Le pronostic était

difficile à poser, au vu de l'étiologie peu claire des troubles présentés par l'assurée. Il était vrai qu'elle avait pu travailler pendant plusieurs années, malgré l'épilepsie dont elle souffrait et ses conséquences au niveau neurologique. Les Drs R._____ et P._____ ont observé que l'assurée rencontrait des difficultés dans la gestion des affaires socio-administratives et présentait une certaine méconnaissance du fonctionnement de la société. A titre de restrictions existantes, ils ont retenu une humeur dépressive, une fatigabilité, des angoisses, des difficultés de compréhension et d'élaboration psychique et des difficultés en lien avec l'épilepsie qui se manifestaient au travail par de la tristesse, de l'anhédonie, de la fatigue, des angoisses, de la confusion, des difficultés à comprendre et à effectuer les tâches et des difficultés liées à l'épilepsie (entre autres une fatigue importante). Ils ont ajouté qu'une évaluation de la capacité de travail en situation était indiquée afin de déterminer si l'activité précédente était encore exigible. Le rendement était toutefois réduit au vu des restrictions exposées.

Lors d'un entretien téléphonique avec un collaborateur de l'OAI du 31 janvier 2013, l'assurée a indiqué, par le biais de son amie, que ses crises d'épilepsie avaient considérablement augmenté.

Sur interpellation du SMR, le Dr V._____ a indiqué, dans un rapport du 18 février 2013, que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis le mois de novembre 2012 en raison de son licenciement, des « tracasseries » administratives liées à l'assurance-invalidité et l'assurance-chômage qu'elle ne savait pas gérer et des problèmes de langue. Au mois de décembre 2012, elle avait présenté 6 crises tonico-cloniques alors qu'elle n'en faisait que trois par mois auparavant. Elle était alors apte à bénéficier d'une réinsertion à 50 % dans une activité adaptée à son handicap.

Par la suite, par certificats médicaux renouvelés mensuellement, le Dr V._____ a attesté une incapacité de travail de l'assurée à 100 % pour cause de maladie.

Dans un avis médical du 2 avril 2013, le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale au SMR, a proposé, au vu des circonstances médicales, de mettre en œuvre un stage d'observation, à 50 % dans un premier temps puis à augmenter à 100 %, afin de voir ce dont l'assurée était capable. En fonction des résultats, il était probable qu'il faille procéder à d'autres investigations (examen neuropsychologique ou neurologique).

Il ressort du rapport d'enquête ménagère du 7 octobre 2013 diligentée par l'OAI que le statut de l'assurée était celui d'une personne active à 100 %, le degré d'empêchements ménagers s'élevant à 4 % après prise en compte de l'aide de son compagnon et d'une amie. L'enquêtrice a précisé que, lors de l'entretien, l'assurée avait montré beaucoup de détermination à travailler à plein temps pour ne pas dépendre de son compagnon. L'assurée, alors enceinte de six mois, avait indiqué qu'elle aurait repris son emploi après son congé maternité, sans l'aggravation de la fréquence de ses crises d'épilepsie.

Dans un rapport du 31 janvier 2014 à l'OAI, le Dr V._____ a précisé que, depuis son dernier rapport, l'assurée avait continué à faire 8 crises par mois et que son traitement médicamenteux avait été augmenté. Il a ajouté que la capacité de travail était nulle depuis le 30 mai 2012, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 28 février 2014 à l'OAI, le Dr D._____ a indiqué que l'assurée continuait à faire des crises d'épilepsie dont elle n'avait la plupart du temps pas conscience mais qui étaient visualisées par l'entourage ; il s'agissait de crises d'épilepsie partielles complexes sans généralisation secondaire. A titre de limitations fonctionnelles, il a relevé que l'intéressée ne devait pas s'exposer à des situations où la survenue inopinée d'une crise était susceptible de la mettre en danger ainsi que son entourage. Les horaires de travail devaient être réguliers. Les incapacités de travail éventuelles étaient gérées par le médecin traitant.

D'un avis médical SMR du 23 juin 2014, il ressort que le Dr G. _____ s'est entretenu par téléphone avec le Dr D. _____ qui estimait que l'assurée, désormais mère d'un petit bébé dont elle s'occupait, disposait d'une certaine capacité de travail dans une activité adaptée.

Après interpellation du SMR, le Dr D. _____ a indiqué, dans un rapport du 9 juillet 2014, que la situation s'était peu modifiée depuis son dernier rapport du 7 septembre 2012, qu'il avait introduit une bithérapie anti-comitiale qui avait eu pour effet de diminuer légèrement la fréquence des crises (5 par mois au lieu de 8) mais que l'on se trouvait en période de titrage. Actuellement, il y avait une persistance des crises qui revenaient sans horaire particulier et qui se manifestaient sous forme de crispation du corps, avec absence durant laquelle l'assurée entendait ce qui se passait autour d'elle mais ne réagissait pas. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr D. _____ a précisé que le travail en hauteur ou avec des machines dangereuses créait une situation potentiellement dangereuse pour l'assurée. Le praticien a finalement retenu qu'une capacité de 60 % dans une activité adaptée paraissait raisonnable, vu la fréquence des crises (5 par mois) et le peu de ressources cognitives de l'assurée. Compte tenu de la période de titrage médicamenteux alors en cours, une révision rapprochée dans une année était souhaitable.

Dans un rapport SMR du 4 août 2014, le Dr G. _____ a considéré qu'au vu des éléments médicaux au dossier, une capacité de travail de 60 % était réaliste compte tenu du peu d'empêchements ménagers et du fait que l'assurée était apte à s'occuper d'un nouveau-né. Il a également signalé que l'intéressée avait pu effectuer le travail de cueilleuse de champignons pendant des années malgré la présence de sa maladie. Une révision était selon lui justifiée dans une année afin de connaître l'évolution de la maladie sous le nouveau traitement, qui pourrait encore diminuer le nombre de crises.

Dans un projet de refus de rente du 14 octobre 2014, confirmé par décision du 24 novembre 2014, l'OAI a rejeté la demande de

prestations de l'assurée au motif que le degré d'invalidité de 19,29 %, calculé grâce à la méthode de comparaison des revenus, n'ouvrait pas droit à une rente d'invalidité.

B. L'assurée a bénéficié d'une aide au placement qui a conduit à un premier entretien le 12 janvier 2015, en présence de son amie, qui se chargeait de la traduction. Le collaborateur de l'OAI a demandé à l'assurée si elle était apte à apprendre les bases du français en moins de quatre mois. La traductrice lui a posé la question quatre fois mais l'assurée ne comprenait pas la question. Elle a indiqué qu'elle avait de réels problèmes de compréhension même en portugais. Elle et son amie ne se comprenaient pas toujours. Compte tenu de cet élément, une lettre de renonciation lui a été remise. Le mandat d'aide au placement a pris fin le 30 janvier 2015 (rapport final du 30 janvier 2015).

Par courrier du 28 janvier 2015, le Dr V. _____ a requis de l'OAI qu'il révisé sa décision du 14 octobre 2014 au motif que l'assurée souffrait d'épilepsie partielle complexe, de retard mental léger avec troubles cognitifs, analphabétisme et méconnaissance du français ne lui permettant aucune possibilité de placement ainsi que de trouble dépressif récurrent avec épisode modéré qui entravait son fonctionnement habituel.

Le médecin traitant a continué d'attester une incapacité de travail totale, par certificats renouvelés mensuellement et transmis à l'OAI.

L'OAI a accusé réception des certificats médicaux et invité l'assurée, par courriers des 3 juillet et 29 octobre 2015, à déposer une nouvelle demande si elle désirait que la position de l'office soit revue.

C. Le 2 février 2018, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations en raison de son épilepsie.

Invitée à fournir les éléments rendant plausibles une éventuelle modification de la situation ou du degré d'invalidité, l'assurée a

transmis à l'OAI un rapport du 20 février 2018 du Dr D._____ et un rapport du 1^{er} mars 2018 du Dr V._____. Le Dr D._____ y indiquait que les multiples traitements n'avaient jamais pu éviter les crises qui survenaient entre 6 et 8 fois par mois sous forme de suspension du langage et de toute activité. Sans avoir prescrit lui-même d'incapacité de travail, il considérait toutefois que la survenue inopinée de crises à cette fréquence semblait difficilement compatible avec une activité professionnelle ou ferait appel à un employeur particulièrement compréhensif, auquel cas il faudrait considérer qu'il s'agissait d'un travail « de niche ». Si auparavant le maintien d'une certaine activité pouvait être envisagé, tel n'était plus le cas depuis que l'assurée avait accouché, son sommeil étant désormais non réparateur, ce qui n'était pas sans influence sur la fréquence des crises. Le Dr V._____ a quant à lui posé les diagnostics d'épilepsie partielle complexe, de retard mental léger avec troubles cognitifs, analphabétisme et méconnaissance du français ainsi que de troubles dépressifs récurrents avec épisode actuel modéré. Sur le plan neurologique, la situation n'évoluait pas avec la persistance de 5 à 10 crises par mois. La médication était mal supportée et des démarches pour une éventuelle chirurgie de l'épilepsie étaient entreprises. L'incapacité de travail demeurait totale et le pronostic était défavorable.

Dans un compte rendu de la permanence du SMR du 8 mars 2018, la Dre T._____, médecin praticien au sein de ce service, a constaté que les rapports médicaux des 20 février et 1^{er} mars 2018 n'apportaient aucun élément nouveau et n'attestaient pas d'une aggravation de l'état de santé. La naissance de l'enfant, avancée comme motif de fatigue supplémentaire, était en outre intervenue en janvier 2014, soit avant la prise de position précédente.

Par projet de décision du 6 avril 2018, l'OAI a communiqué son intention de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée.

L'assurée, désormais représentée par son conseil, a présenté des objections à ce projet, le 14 juin 2018. Elle a d'abord formulé une

demande de révision auprès de l'OAI qui avait omis d'analyser, lors de la première décision, l'état de santé psychique, l'existence d'un retard mental et la conséquence de celui-ci sur la capacité de gain. Selon l'assurée, l'attention de l'OAI était focalisée sur l'épilepsie et ses conséquences. Elle a ajouté que son état de santé s'était aggravé, les crises d'épilepsie s'élevant désormais entre 6 et 8 par mois, tandis que lorsque la première décision a été rendue en 2014 les crises avaient été réduites de 8 à 5 par mois.

Sollicité pour avis médical, le SMR a estimé que l'assurée n'avait pas apporté d'éléments nouveaux susceptibles de modifier sa position (avis médical du 19 juin 2018).

Par décision du 28 août 2018, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, estimant que les atteintes à la santé d'ordre psychique alléguées étaient déjà connues lors de la prise de décision du 24 novembre 2014 et prises en compte dans l'examen de la situation. Les autres éléments allégués ne démontraient en outre « pas [d']aggravation manifeste de l'état de santé ».

D. Le 2 octobre 2018, L._____, représentée par son conseil, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a conclu, en substance, avec suite de frais et dépens, principalement au renvoi de la cause à l'intimé pour ouverture d'une procédure de révision procédurale et réexamen du droit aux prestations dès le 22 août 2012, subsidiairement au constat de l'aggravation de son état de santé et au renvoi de la cause à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande et statue sur le droit aux prestations dès le 1^{er} février 2018 après instruction.

La recourante a réitéré ses arguments en se fondant sur les rapports produits dans le cadre de sa nouvelle demande ainsi que sur un rapport non daté de la Dre Z._____, neuropsychologue, et la logopédiste et psychologue X._____, rédigé consécutivement à des examens neuropsychologiques des 16 juillet et 22 août 2018 à la Clinique H._____

(ci-après : la Clinique H._____). Ces examens avaient mis en évidence des troubles langagiers modérés qui touchaient toutes les modalités en portugais, des troubles mnésiques, des troubles attentionnels modérés à sévères, des troubles exécutifs et un fonctionnement intellectuel global « très faibles » (QI total de 59) à l'Echelle d'Intelligence pour Adultes de Wechsler (WAIS-III) administrée en portugais. Les autres fonctions investiguées étaient globalement préservées. Le profil des troubles pouvait être mis en lien avec l'épilepsie partielle complexe connue depuis l'enfance et une efficacité intellectuelle très faible. Le trouble neuropsychologique mesuré était de degré de gravité moyen à grave et la capacité fonctionnelle était significativement limitée pour diverses sollicitations professionnelles ; seules des activités simples pouvaient être réalisées dans un environnement adapté, avec un rendement diminué. S'y ajoutaient l'interférence de fréquentes crises d'épilepsie.

Selon l'assurée, ce rapport établissait un fait nouveau ouvrant droit aux prestations d'assurance. En n'investiguant pas davantage la question des difficultés de compréhension et de limites intellectuelles pourtant constatées, l'OAI avait en outre violé son obligation d'instruire d'office. Il devait par conséquent « procéder à une révision de la première instruction ».

Le conseil de l'assurée a également adressé l'acte de recours à l'OAI pour valoir demande de révision procédurale. Elle a demandé que la procédure de recours soit suspendue jusqu'à droit connu sur la demande de révision.

La Cour de céans a ouvert un dossier sous le numéro de cause AI 298/18.

Par réponse du 1^{er} novembre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a indiqué que les atteintes alléguées par la recourante sur la base du rapport du 20 février 2018 du Dr D._____ et celui du 1^{er} mars 2018 du Dr V._____ étaient déjà connues et que les limitations

fonctionnelles déjà retenues n'étaient pas modifiées par les éléments avancés par l'assurée.

Par courrier du 2 novembre 2018, le juge instructeur a constaté que l'intimé ne s'était pas opposé à la demande de suspension de la procédure jusqu'à droit connu sur la demande de révision de la décision initiale du 24 novembre 2014. Il a par conséquent suspendu la cause AI 298/18 jusqu'à droit connu sur cette demande.

E. Le 14 mars 2019, l'OAI a rendu un projet de décision tendant au refus de la demande de révision procédurale. Il a en particulier constaté que le retard mental léger était déjà connu lors du précédent refus de prester.

Par courrier du 7 mai 2019, l'assurée a fait valoir ses objections à l'encontre du projet de décision du 14 mars 2019. Elle a relevé qu'elle souffrait d'un trouble neuropsychologique de degré moyen à grave avec une capacité fonctionnelle significativement limitée, et non d'un retard mental léger, que le SMR s'était interrogé sur les conséquences d'une éventuelle déficience intellectuelle (rapports du SMR des 23 octobre 2012, 2 avril 2013 et 4 août 2014) mais que, malgré cela, l'OAI n'a pas investigué cette question. Or, des investigations complémentaires s'avéraient indispensables. Elle a ajouté qu'elle subirait de tels examens au département des neurosciences cliniques des Hôpitaux C._____. Elle a encore produit un rapport du 11 décembre 2018 du Dr V._____ relevant que, malgré un traitement à dose maximale, la situation restait chaotique avec la survenue de 5 à 9 crises d'épilepsie par mois sous forme de crises partielles, nombre de crises probablement sous-estimé si l'on admettait des absences surajoutées.

Par décision du 7 juin 2019 et courrier du même jour, faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a refusé la révision procédurale. Il a considéré que l'assurée ne faisait valoir aucun fait nouveau susceptible de constituer un motif de révision procédurale, la question des ressources cognitives s'étant déjà posée lors de l'instruction de la première demande.

En outre, en soulignant que des investigations complémentaires devaient encore être effectuées pour évaluer la capacité de travail, l'assurée confirmait l'absence de nouveau moyen de preuve.

F. Par acte du 15 juillet 2019, L._____ a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 7 juin 2019. Elle a conclu, en substance, principalement à l'annulation des décisions des 9 [recte : 7] juin 2019, 28 août 2018 et 24 novembre 2014 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité avec effet au 22 août 2012, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour qu'il statue à nouveau sur le droit aux prestations dès le 22 août 2012, plus subsidiairement encore au constat de l'aggravation de son état de santé et au renvoi de la cause à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande dès le 1^{er} février 2018, le tout avec suite de frais et dépens. La Cour de céans a ouvert un dossier sous le numéro AI 264/19.

Par réponse du 3 septembre 2019, l'intimé s'est déterminé et a conclu au rejet du recours.

Par ordonnance du 5 septembre 2019, le juge instructeur a joint les causes AI 298/18 et AI 264/19. Par décision du 12 novembre 2019, il a accordé l'assistance judiciaire à la recourante avec effet au 1^{er} novembre 2018, l'a exonérée de frais et d'avance de frais et a désigné d'office Me Laure Chappaz.

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, déposés 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), les recours sont recevables, sous réserve de ce qui suit.

Dans un premier recours du 2 octobre 2018, l'assurée a notamment conclu au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il ouvre une procédure de révision procédurale. En l'absence de décision préalable sur ce point, ces conclusions étaient irrecevables. Depuis lors, l'OAI a rendu une décision à ce sujet contre laquelle la recourante a interjeté un recours le 15 juillet 2019. Les conclusions de ce second recours, en tant qu'elles concernent l'octroi d'une rente entière dès le 22 août 2012, sont toutefois irrecevables. L'examen de la Cour de céans portera uniquement sur la réalisation des conditions d'application de la procédure de révision procédurale. Si ces conditions sont remplies, la Cour de céans renverra la cause à l'OAI pour qu'il ouvre une telle procédure, instruisse et statue à nouveau.

Selon un principe général de procédure, les conclusions en constatation de droit ne sont recevables que lorsque des conclusions condamnatoires ou formatrices sont exclues. Sauf situations particulières, les conclusions constatatoires ont donc un caractère subsidiaire (ATF 135 I 119 consid. 4 ; TF 2C_490/2014 du 26 novembre 2014 consid. 1.2). En l'espèce, les conclusions de la recourante tendant au constat d'une aggravation de son état de santé sont donc irrecevables, au vu des conclusions condamnatoires qu'elle a également prises.

2. Le litige porte, d'une part, sur la question de savoir s'il y a motif à révision procédurale de la décision entrée en force de refus de rente du 24 novembre 2014. D'autre part, est litigieux le refus d'entrer en matière prononcé le 28 août 2018 par l'intimé à la suite de la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 2 février 2018.

3. L'art. 53 al. 1 LPGA prévoit que les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (révision procédurale).

La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt du Tribunal fédéral fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (TF 8C_120/2017 du 20 avril 2017 consid. 2). Sont nouveaux, au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence (ATF 134 III 669 consid. 2.2). En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à établir soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal (ATF 127 V 353 consid. 5b).

4. A l'appui de son recours, la recourante soutient que seule l'épilepsie, avec épisode dépressif, a été retenue comme facteur incapacitant, à l'exclusion du retard mental léger suspecté par son médecin traitant. L'assurée se fonde en outre sur un rapport non daté de

la Clinique H._____ qui fait état d'une atteinte physique et de ses conséquences cognitives.

Contrairement à ce que soutient la recourante, le retard mental léger n'a pas seulement été « suspecté », mais bien diagnostiqué lorsque la décision initiale de refus de rente a été rendue. Le Dr V._____ a en effet retenu comme diagnostic un « retard mental léger (F 70) » en sus de l'épilepsie partielle complexe, dans son rapport du 21 septembre 2012 (page 1). Il confirme son diagnostic en indiquant, en page 4 de son rapport, que les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance sont limitées. L'intimé avait connaissance de ce diagnostic, étant informé tant par le Dr V._____ (rapport du 21 septembre 2012 à l'OAI) que par le Dr D._____, qui a fait état d'une capacité de travail de 60 % en tenant compte non seulement de la fréquence actuelle des crises d'épilepsie (5 par mois) mais également du peu de ressource cognitive de l'assurée (rapport du 9 juillet 2014 au SMR). La décision de refus de rente s'est notamment fondée sur les rapports susmentionnés et a par conséquent pris en compte le retard mental léger dont souffrait l'assurée.

Le rapport non daté établi à la suite d'examens neuropsychologiques pratiqués les 16 juillet et 22 août 2018 à la Clinique H._____ ne constitue pas un moyen de preuve nouveau, dans la mesure où il porte sur des atteintes à la santé déjà connues à l'époque.

Les conclusions de la recourante tendant à l'annulation des décisions des 7 juin 2019 et 24 novembre 2014 sont donc mal fondées et seront rejetées.

5. 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 attaquée (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

6. Le recours du 2 octobre 2018 contre la décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande est en revanche bien fondé, pour les motifs exposés ci-après.

A l'époque du premier refus de prestations, le Dr V. _____ attestait une incapacité de travail totale dans toute activité. Pour sa part,

le Dr D._____ faisait état, après un appel téléphonique du Dr G._____ - dont on ne trouve aucun procès-verbal au dossier, contrairement aux exigences de l'art. 43 al. 1 LPGA - d'une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée (rapport du 9 juillet 2014). Il l'a toutefois fait avec beaucoup de prudence, en précisant qu'il prenait en considération la fréquence actuelle des crises (5 par mois) et qu'une révision rapprochée, dans un délai d'un an, serait nécessaire, « étant donné que nous sommes en période de titrage médicamenteux ». Le Dr D._____ a en effet précisé avoir introduit une bithérapie anti-comitiale qui avait pour effet de diminuer légèrement la fréquence des crises de 8 à 5 par mois. Il était toutefois trop tôt pour se prononcer sur la réponse au traitement.

Si l'on considère l'évolution sur un plus long terme, on constate que la recourante a présenté des crises comitiales dès son enfance, mais qu'elle avait pu cesser toute médication pendant un temps. En 2010, elle avait présenté des crises partielles, à raison d'une par mois environ, qui avaient rendu nécessaire la reprise d'une médication. Dès 2012, le nombre de crises a augmenté, avec quatre crises par mois environ dès le mois de mai 2012. Entre mi-2013 et début 2014, le nombre de crises est passé à environ 8 par mois, avant de redescendre à 5 par mois en juillet 2014, sous l'effet de la nouvelle médication dont le Dr D._____ fait état dans son rapport du 9 juillet 2014. C'est en tenant compte « du nombre actuel de crises », et en réservant expressément une révision à relativement bref délai, compte tenu de la période de titrage médicamenteux, que le Dr D._____ a attesté une capacité résiduelle de travail de 60 %, le 9 juillet 2014.

Au moment du dépôt de la nouvelle demande, la recourante présentait entre 6 et 8 crises d'épilepsie par mois (rapport du Dr D._____ du 20 février 2018). Il semble donc que le nombre de crises comitiales a augmenté entre le rapport du Dr D._____ du 9 juillet 2014 et celui de ce même médecin du 20 février 2018. Il est vrai que dans son rapport du 1^{er} mars 2018, le Dr V._____ fait état d'une situation qui n'évolue pas, avec la persistance de cinq à dix crises par mois. On ignore toutefois à quelle période le médecin traitant se réfère pour évaluer

l'absence d'évolution. Par ailleurs, comme on l'a vu, l'OAI s'est fondé, en 2014, sur le rapport du Dr D. _____ du 9 juillet 2014, établi pendant une période, probablement passagère, de réduction du nombre de crises comitiales présentées par l'assurée, après une augmentation du nombre de crises en 2013 et au début de l'année 2014. Il appartient désormais à l'OAI de prendre en considération une nouvelle augmentation du nombre de crises depuis cette évaluation, comme le suggérait d'ailleurs le Dr D. _____ en proposant une révision dans un délai d'une année. On précisera dans ce contexte que l'intimé est tenu d'entrer en matière sur une nouvelle demande si l'assuré rend plausible une modification des circonstances déterminantes ; il ne peut pas exiger que l'assuré rende « manifeste » une telle évolution.

Par surabondance, on observera que le rapport établi par X. _____ et Z. _____ à la suite des examens neuropsychologiques des 16 juillet et 22 août 2018, bien qu'il ait été produit postérieurement à la nouvelle décision, fait état de plusieurs crises en juillet, « avec 2 à 3 jours d'intervalles entre elles ». Cela semble confirmer une augmentation du nombre de crises d'épilepsie.

Vu ce qui précède, le recours du 2 octobre 2018 doit être admis, dans la mesure de sa recevabilité.

7. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, 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. 1^{bis} première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, la recourante obtenant en effet gain de cause sur l'un de ses deux recours. Il est renoncé à la perception de frais de justice sur le second recours, au vu de la jonction de causes.

b) Obtenant partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens réduite à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé.

c) Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire sur la base de la liste des opérations produite le 18 novembre 2019. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil de la recourante.

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

- I.** Dans la mesure où ils sont recevables, le recours du 2 octobre 2018 est admis et le recours du 15 juillet 2019 est rejeté.
- II.** La décision rendue le 7 juin 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** La décision rendue le 28 août 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.
- IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à L._____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens réduits.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Laure Chappaz (pour L._____),
- 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 :