

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 20 juillet 2018

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente

Mmes Brélaz Braillard et Dessaux, juges

Greffière : Mme Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

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

et

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

---

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

**E n f a i t :**

**A.** Z.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante kosovare née en 1971, sans formation professionnelle, mariée et mère de trois enfants aujourd'hui majeurs, est arrivée en Suisse en 1990 ou 1992 selon les versions, alternant dès lors entre des périodes d'inactivité et des périodes en emploi par le biais d'une agence de placement.

Le 17 août 1999, l'intéressée s'est fracturé les 2<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> métacarpes de la main droite.

Le 28 février 2006, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) faisant état de douleurs somatoformes, dépression et anxiété ; elle précisera ultérieurement que sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100% depuis 1999 (cf. formulaire 531bis du 10 avril 2006).

A l'appui de sa demande, l'intéressée a fourni une attestation du 6 février 2006 des Drs W.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin-assistante à l'Unité [...] (ci-après : l'Unité A.\_\_\_\_\_), signalant une prise en charge depuis le mois d'avril 2005.

Dans un rapport du 10 avril 2006, la Dresse S.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a retenu les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de troubles somatoformes douloureux chroniques ou syndrome douloureux médicalement inexpliqué depuis 1999, ainsi que de dépression majeure avec troubles d'anxiété. Elle a précisé que dans les suites de l'accident subi en 1999, l'assurée avait développé des douleurs paravertébrales avec progressivement un état dépressif.

Du 2 au 4 juillet 2006, l'assurée a été hospitalisée au Centre de psychiatrie [...] sur un mode volontaire, à la suite d'une crise de panique. Dans la lettre de sortie y relative, établie le 19 juin 2006, les

diagnostics de syndrome douloureux persistant et trouble panique étaient retenus.

Aux termes d'un rapport du 21 août 2006, les Drs W. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_, médecin assistante à l'Unité A. \_\_\_\_\_, ont posé les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de trouble panique et épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Ils ont par ailleurs fait mention d'une incapacité de travail de 100 % depuis avril 2005, puis de 30 à 40 % depuis août 2006.

Sur mandat de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), l'assurée a fait l'objet d'une expertise psychiatrique réalisée par la Dresse R. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 16 mars 2008, cette dernière a retenu les diagnostics de syndrome somatoforme douloureux persistant, d'état dépressif sévère et de trouble panique, ces atteintes - présentes depuis 2003 - rendant toute activité professionnelle impossible.

Par rapport du 22 octobre 2008, le Dr V. \_\_\_\_\_, médecin adjoint à l'Unité A. \_\_\_\_\_, et la Dresse J. \_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics incapacitants de trouble panique, dysthymie avec par moment double dépression dans le sens d'un épisode dépressif moyen, trouble de la personnalité mixte avec traits anxieux, dépendants et paranoïaques, et syndrome douloureux somatoforme persistant - l'ensemble des atteintes remontant à 2003. Ils ont précisé que l'évolution n'était pas favorable et que la capacité de travail était de 20 à 30 % au maximum, respectivement que l'incapacité de travail demeurerait inchangée depuis leur dernier rapport. Après un entretien téléphonique du 5 février 2009 avec le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), la Dresse J. \_\_\_\_\_ a précisé, dans une note manuscrite non datée, que la capacité de travail était de 0 % en avril 2005, 60 % au maximum en août 2006 et 30 % au maximum actuellement.

Préférant l'avis des psychiatres traitants aux conclusions de l'experte R.\_\_\_\_\_, le Dr M.\_\_\_\_\_ du SMR a retenu, dans un rapport du 13 mai 2009, que l'assurée souffrait principalement d'une dysthymie, épisode dépressif moyen, et que la capacité de travail était de 30 % dans toute activité, avec des limitations fonctionnelles liées à l'état dépressif et au trouble panique.

D'un rapport d'enquête économique sur le ménage du 21 septembre 2010, il est notamment ressorti que l'assurée présentait un statut de 100 % active et qu'elle travaillait à environ 36 % en tant qu'employée polyvalente au Restaurant G.\_\_\_\_\_ à [...].

Des informations obtenues de cet employeur les 14 décembre 2010 et 22 février 2011, il est résulté que l'assurée était employée depuis avril 2008 à raison de deux heures et demi par jour, cinq jours par semaine. Au début de l'année 2011, l'intéressée mettra fin à cette activité pour ensuite la reprendre, par intermittence, jusqu'en mai 2013.

Par rapport du 10 mai 2011, les Drs F.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant à l'Unité A.\_\_\_\_\_, ont indiqué qu'il n'y avait globalement pas d'amélioration de l'état de santé et que les quelques heures de travail quotidien semblaient difficiles à assumer.

Par rapport du 21 juin 2011, la Dresse S.\_\_\_\_\_ a relevé que l'évolution était stable, en ce sens qu'il n'y avait ni amélioration ni péjoration.

Considérant que le dossier contenait des incertitudes, l'OAI a mandaté expert le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Après avoir examiné l'assurée avec le concours d'un interprète, l'expert B.\_\_\_\_\_ a fait part de ses conclusions dans un rapport du 13 décembre 2011. Il a notamment exposé que l'appréciation de la Dresse R.\_\_\_\_\_ comme celle des médecins du Centre [...] [recte : l'Unité A.\_\_\_\_\_] ne pouvaient être suivies. A cet égard, il a constaté que

ces praticiens avaient adopté la vision de l'expertisée, que l'on ignorait dans quelle mesure ils avaient tenu compte des appréciations somatiques et du décalage observé entre les niveaux objectif et subjectif, que la fréquence des troubles paniques et leur intensité n'avaient jamais été précisées et que les descriptions cliniques étaient minoritaires par rapport aux évocations subjectives, avec l'impression que le côté dysphorique et plaintif avait été perçu comme un état dépressif. Pour le reste, le Dr B. \_\_\_\_\_ a en particulier retenu ce qui suit :

« [...]

Nous avons fait ici l'analyse des atteintes évoquées par ses médecins. Ce qui semble avoir échappé à ces derniers est le fait que l'assurée ait repris une activité professionnelle en avril 2008. Les documents et explications sont ici sans équivoque : Elle a tous les jours été active à raison de deux heures et demie [sic] dans une cafétéria étudiante. Ceci évoque plusieurs choses :

- L'utilisation de sa main droite n'a apparemment plus posé de problème majeur[.]
- Elle était tout à fait apte à sortir de sa maison, se déplacer, de revenir et de faire face à des personnes inconnues jusqu'ici. Ceci invalide les notions d'un trouble panique de grande importance, voire de phobie sociale.
- Il s'agit d'un constat de principe ; en dehors des heures effectivement assumées, cette réalité a confirmé une exigibilité sur le plan physique et psychique.

Nous ne savons pas pour quelle raison exactement l'assurée s'est arrêtée au début 2011, subjectivement elle a évoqué de la fatigue, mais il pourrait s'agir aussi de facteurs exogènes. Quoi qu'il en soit, notre examen du jour a bien montré qu'elle n'est pas du tout dans un état psychique / psychiatrique atteinte [sic], dans sa langue maternelle elle était fluide, d'une voix normale, affirmée, sans troubles cognitifs et comme mentionné dans une affectivité stable et euthymique. Elle était défensive, passive et peu encline [à] parler du concret de sa vie de tous les jours et de certains détails. Ainsi se confirme pour nous aussi l'impression de la présence d'un processus d'invalidation [...].

### **VIII. Diagnostic et conclusions :**

Avec l'ensemble des éléments discutés, ainsi que nos analyses effectuées et après pondération de tous les éléments, nous retenons sur le plan diagnostique psychiatrique actuellement

1. **Syndrome douloureux somatoforme existant sans comorbidité psychiatrique importante** (F45.4 CIM10),
2. **Trouble anxieux et dépressif mixte d'intensité légère** (F41.2 CIM10),
3. **Neurasthénie** (F48.0 CIM10),
4. **Processus d'invalidation** (F68.0 CIM10).

L'atteinte psychique proprement dit[e] est légère et bien compensée et de plus contrebalancée par de nombreux facteurs extra-médicaux et le 4<sup>ème</sup> diagnostic. En conséquence, il n'existe pour nous et aujourd'hui aucune incapacité de travail ni diminution de rendement sur le plan psychiatrique. Pour ce qui concerne le passé, ni les constats à partir de l'année 1999, ni les expertises, ni le rapport d'hospitalisation, ni les rapports des médecins psychiatres ne sont convaincants pour permettre de retenir une incapacité de travail importante. Il est possible que, par périodes, l'assurée était affectée, notamment dans le sens anxieux, mais nous ne pensons pas que cette problématique ait conduit à une incapacité de travail de plus de 50% et pas plus de trois mois [d']affilé[e]. »

Par avis médical SMR du 3 janvier 2012, le Dr M. \_\_\_\_\_ s'est rallié à l'appréciation de l'expert B. \_\_\_\_\_.

Par décision du 25 avril 2012, confirmant un projet du 30 janvier précédent, l'OAI a dénié le droit de l'assurée à des prestations d'assurance au motif que l'intéressée ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante.

**B.** En date du 4 juin 2014, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI pour cause de maladie chronique, dépression et crise d'angoisse. Elle complètera ultérieurement sa demande en confirmant qu'elle aurait travaillé à 100 % en bonne santé (cf. questionnaire 531bis du 15 décembre 2014).

Par rapport du 30 juin 2014, la Dresse S. \_\_\_\_\_ a expliqué que la patiente avait fait plusieurs chutes dont l'une avait abouti à une fracture du 5<sup>e</sup> métatarsien gauche et que, « *malgré un bon traitement et vu l'état psychique* », l'intéressée conservait des douleurs au pied gauche et boitait ; l'état dépressif ne s'était en outre pas amélioré et les crises d'angoisse s'étaient amplifiées eu égard à la situation précaire de l'époux. La Dresse S. \_\_\_\_\_ a ajouté que le pronostic était mauvais et que l'assurée ne pourrait plus jamais travailler à 100 % mais qu'un travail simple à 60 % « *l'aiderait à sortir* ».

Dans un compte-rendu du 5 septembre 2014, la Dresse S. \_\_\_\_\_ a précisé que l'assurée s'était cassé le pied le 18 octobre 2013 et qu'elle avait depuis développé des douleurs somatoformes liées à son

état dépressif. La Dresse S.\_\_\_\_\_ a encore relevé que l'état psychiatrique était stationnaire mais que l'assurée et sa famille étaient menacées d'expulsion, ce qui n'arrangeait pas la situation. Le 8 septembre 2014, sur interpellation de l'OAI, elle a ajouté que la capacité de travail dans un poste sédentaire en position assise était de 60 % dans une activité simple.

Dans ce contexte, l'OAI a réceptionné le 3 octobre 2014 un rapport du 18 octobre 2013 émanant d'une clinique allemande où l'assurée s'était rendue après être subitement tombée lors d'une fête ; les médecins avaient alors posé un diagnostic de fracture du 5<sup>e</sup> métatarsien gauche et prescrit un traitement conservateur durant six semaines. Ont également été indexés les résultats d'un examen radiologique du pied gauche du 8 novembre 2013, concluant à une évolution radiologiquement favorable de ladite fracture.

Par rapport du 26 novembre 2014, les Drs F.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_, respectivement médecin associé et médecin assistant au Centre [...] (ci-après : Centre BB.\_\_\_\_\_), ont retenu les atteintes avec impact sur la capacité de travail de trouble panique, dysthymie avec épisode dépressif moyen, trouble de la personnalité mixte avec traits anxieux, dépendant et paranoïaque, et syndrome douloureux somatoforme persistant. Ils ont souligné que la patiente présentait des angoisses importantes et une grande fragilité au stress, n'arrivant pas à sortir seule de son domicile. Ils ont ajouté qu'elle n'arrivait pas à effectuer les tâches de la vie quotidienne au vu de son asthénie et qu'elle ne pouvait pas gérer les tâches administratives en raison de difficultés de concentration. Les Drs F.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ ont également estimé que l'activité habituelle était encore exigible à 40 % moyennant un temps d'adaptation et d'éventuelles mesures d'aide au placement, respectivement qu'une activité professionnelle serait possible à un taux de 30 à 40 % en cas d'amélioration de la symptomatologie.

Par avis médical du 4 février 2015, les Drs P.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_, du SMR, ont notamment estimé que sur le plan psychique, les

médecins du Centre BB.\_\_\_\_\_ n'apportent aucun élément justifiant de s'écarter de l'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_, d'autant que la Dresse S.\_\_\_\_\_ mentionnait un état demeuré psychiatrique stationnaire. Sur le plan somatique, les Drs P.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_ ont préconisé un examen clinique rhumatologique.

Le 22 avril 2015, l'assurée a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique effectué par le Dr Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, du SMR, avec le concours d'un traducteur de langue albanaise. Dans son rapport du 27 avril 2015, ce médecin a exposé ce qui suit :

**"DIAGNOSTICS**

**- avec répercussion durable sur la capacité de travail**

- **AUCUN SUR LE PLAN OSTÉOARTICULAIRE.**

**- sans répercussion sur la capacité de travail**

**DOULEURS CHRONIQUES IRRÉDUCTIBLES. R52.1.**

**STATUS APRÈS FRACTURE DU 2<sup>ÈME</sup> ET 5<sup>ÈME</sup> MÉTACARPIEN DE LA MAIN D.**

**STATUS APRÈS FRACTURE DE LA BASE DU 5<sup>ÈME</sup> MÉTATARSIEN DU PIED G.**

**APPRÉCIATION DU CAS**

Lors de l'examen de ce jour, l'assurée signale un manque de force de la main D, et des douleurs au dos du poignet jusqu'aux 5 doigts depuis une fracture de la main survenue en 1999. La douleur est fluctuante. Elle apparaît lorsque l'assurée effectue des activités de ménage. La douleur peut monter jusque dans l'épaule D.

L'assurée mentionne une douleur de toute la cheville et de l'ensemble du pied G, depuis une fracture du pied survenue en octobre 2013. A la marche, la douleur du pied provoque une boiterie. La douleur est plus forte la nuit. Lors des changements de temps, des douleurs apparaissent dans les 2 jambes, des genoux jusqu'aux pieds.

A l'examen clinique, la marche s'effectue sans boiterie. La marche sur la pointe des pieds et les talons est réussie. Les changements de position assis/debout/coucher se déroulent rapidement. La position assise est bien tolérée. La mobilité du rachis, bien que douloureuse au niveau de la jonction cervicodorsale et lombaire bas, est bonne dans tous les axes. Les amplitudes des articulations périphériques sont conservées ; leur mobilisation déclenche fréquemment des douleurs localisées souvent à distance des articulations. Les articulations ne présentent pas de signes inflammatoires. Il n'y a pas non plus de signes dystrophiques pouvant évoquer une algoneurodystrophie. Malgré des douleurs palpatoires diffuses, touchant la ceinture scapulaire, les MS, les mollets, la cheville et le pied G, la gestuelle spontanée est libre.

Les radiographies du pied G montrent une évolution favorable de la fracture de la base du 5<sup>ème</sup> MT G. La consolidation de la fracture est bonne sur les clichés du 18.12.2013.

Concernant la fracture de la main D survenue en 1999, il ne subsiste que des plaintes subjectives sous la forme de douleurs qui débordent largement du site des fractures. Après cette fracture de la main D, l'assurée a pu travailler au réfectoire d'une école secondaire pendant plusieurs années. Il n'y a pas lieu de retenir d'incapacité de travail (IT) pour cette fracture guérie depuis de nombreuses années.

Concernant la fracture de la base du 5<sup>ème</sup> MT du pied G, le traitement a été conservateur (cf[.] rapport [...] du 18.10.2013). Cette fracture a évolué sans complication ; il n'y a pas eu de retard de consolidation, pas de déplacement secondaire de la fracture, pas d'algoneurodystrophie. Dans le cadre d'une fracture du 5<sup>ème</sup> MT d'évolution normale, il n'y a pas lieu de retenir une IT au-delà de 3 mois dans une activité exposant le pied à des contraintes mécaniques, telle qu'une position debout prolongée.

Le Dr S.\_\_\_\_\_, médecin traitant, confirme que les douleurs résiduelles du pied ne sont pas en rapport avec la fracture, mais sont à considérer dans le cadre de douleurs somatoformes liées à un état dépressif (cf[.] rapport du 05.09.2014). Il précise qu'il n'a pas fait d'arrêt de travail sur le plan somatique. Il n'y a effectivement pas lieu de retenir des limitations fonctionnelles au-delà de 3 mois après la fracture sur le plan ostéoarticulaire.

Malgré des douleurs diffuses, l'examen clinique est rassurant. La mobilité articulaire est bonne. Il n'y a pas de signe d'atteinte inflammatoire ni de déformation articulaire. Les douleurs diffuses sont à rattacher au trouble somatoforme douloureux chronique. Elles ne justifient pas des mesures de protection articulaire. Bien au contraire, l'assurée doit être encouragée à se mobiliser davantage.

En conclusion, il n'y a pas lieu de retenir une IT durable sur le plan ostéoarticulaire

### ***Limitations fonctionnelles***

Il n'y a pas de limitations fonctionnelles sur le plan ostéoarticulaire.

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

Il y a une IT de 100% dans toute activité depuis la survenue de la fracture du 5<sup>ème</sup> MT G, c'est-à-dire depuis le 18.10.2013.

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

Il n'y a pas lieu de retenir une IT 3 mois après la fracture.

***Concernant la capacité de travail exigible***, elle est déterminée par la bonne consolidation des fractures de la main D et du pied G. La bonne mobilité articulaire, la gestuelle spontanée libre permettent de maintenir une capacité de travail totale.

**CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE**

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 100%

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100%

18.01.2014."

DEPUIS

LE :

Par avis médical SMR du 6 mai 2015, le Dr P.\_\_\_\_\_ s'est rallié aux conclusions du Dr Y.\_\_\_\_\_.

Par décision du 13 juillet 2015, confirmant un projet du 3 juin précédent, l'OAI a refusé l'octroi de prestations à l'assurée. Au niveau somatique, l'office a considéré que l'intéressée, après avoir présenté une incapacité de travail durant moins d'une année, avait récupéré une pleine capacité de travail dans toute activité dès le 18 janvier 2014, soit trois mois après sa fracture du pied gauche. Sous l'angle psychique, l'OAI a observé que les éléments médicaux au dossier ne permettaient pas de conclure à une atteinte psychiatrique invalidante.

**C.** Le 27 décembre 2016, l'assurée a une nouvelle fois sollicité des prestations AI. S'agissant plus particulièrement de l'atteinte à la santé concernée, elle a indiqué ce qui suit dans le formulaire idoine : « *voir rapport médecins* ».

Par courrier du 6 janvier 2017, l'OAI a fait savoir à l'assurée que le droit aux prestations sollicitées avait déjà fait l'objet d'une décision négative et que sa nouvelle demande ne pourrait être examinée que s'il était établi de façon plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Un délai de 30 jours lui était dès lors imparti pour produire un rapport médical détaillé ou pour apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision, faute de quoi il serait considéré qu'elle n'avait pas rendu plausible la modification de son degré d'invalidité et une décision de non-entrée en matière lui serait notifiée.

En date du 16 janvier 2017, la Dresse S.\_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI un compte-rendu aux termes duquel elle a renvoyé à son rapport du 10 avril 2006, qu'elle ne pouvait que confirmer. Elle a ajouté que malgré

de multiples tentatives de traitement psychiatrique, la patiente présentait un état dépressif et anxieux chronique avec une somatisation massive et que, pour améliorer l'état de santé, une « *évaluation stationnaire* » semblait justifiée et était importante afin de couper toute résistance au traitement, comprendre le lien familial dans la pathogénèse et diminuer l'abus de médicaments (Xanax, etc.). La Dresse S.\_\_\_\_\_ a encore précisé qu'il n'y avait pas de rente AI justifiable sur le plan somatique et a renvoyé au Dr CC.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, pour l'aspect psychiatrique.

En date du 9 mars 2017, l'OAI a établi un projet de décision dans le sens d'un refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée, faute de modification notable du point de vue de la situation médicale ou professionnelle.

Par courrier du 5 avril 2017, l'assurée a invoqué les vacances de son médecin traitant - le Dr X.\_\_\_\_\_, médecin praticien - aux fins d'obtenir un délai supplémentaire pour faire part de ses déterminations. L'OAI lui a conséquemment donné jusqu'au 5 mai 2017.

Par écriture du 24 avril 2017, l'intéressée a déclaré s'opposer au projet de décision précité. A cet égard, elle a fait valoir que son état de santé se dégradait considérablement sur les plans psychique et physique, qu'elle souhaitait une expertise médicale et que, pour de plus amples informations, il y avait lieu de s'adresser au Dr X.\_\_\_\_\_.

Par communication du 2 mai 2017, l'OAI a accordé à l'assurée un ultime délai au 20 mai 2017 pour fournir les éléments utiles aux fins d'établir une modification éventuelle du degré d'invalidité.

Différents documents ont été réceptionnés par l'OAI le 17 mai 2017, dont notamment :

- trois comptes-rendus établis par la Dresse L.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, faisant état d'une prise en charge depuis le mois de février 2013 pour des

douleurs pharyngées diffuses chroniques d'origine mixte traitées par des moyens conservateurs (notamment anti-inflammatoires en réserve, sprays d'application locale [Echinamed, Deaftol], diminution voire arrêt du tabagisme), chez une patiente présentant un syndrome douloureux somatoforme, une cancérophobie, un tabagisme actif, un reflux gastro-œsophagien persistant sous traitement, une amygdalite chronique rétensive et kystique bénigne, ainsi que des cervicalgies récemment, sur hernie discale aux dires de l'intéressée ; étaient de surcroît évoqués des antécédents de gastrite chronique à Helicobacter Pylori en 2011 de même qu'une situation familiale compliquée (cf. rapports des 29 janvier 2015, 1<sup>er</sup> juin 2015 et 9 mai 2017) ;

- un rapport établi le 21 juillet 2015 par la Dresse AA.\_\_\_\_\_, spécialiste en gastroentérologie, évoquant des options thérapeutiques (investigations non invasives dont le contrôle de l'éradication du status post-gastrite à Helicobacter Pylori, traitement médicamenteux, sevrage tabagique) en lien avec une problématique de pyrosis, dyspepsie et météorisme abdominal dans le cadre d'une situation psycho-sociale complexe ;

- des résultats d'examens laboratoires du 24 juillet 2015, montrant que l'assurée ne montrait plus de signes d'Helicobacter Pylori ;

- un courriel du 26 septembre 2016 de la Dresse S.\_\_\_\_\_ à la Dresse L.\_\_\_\_\_, exposant que la patiente lui avait parlé d'une petite intervention au cou et déconseillant toute démarche en ce sens - sauf indispensable - dans la mesure où les opérations passées avaient à chaque fois conduit à une aggravation des douleurs de l'intéressée, qui présentait une somatisation d'une pathologie intrapsychique résistant à tous les efforts.

Par décision du 2 juin 2017, l'OAI a confirmé son projet précité, dont il a repris la motivation.

**D.** Z.\_\_\_\_\_ a recouru le 30 juin 2017 (date de l'envoi sous pli recommandé) auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant implicitement à son annulation et à l'octroi de l'assistance judiciaire. En substance, la recourante reproche à l'OAI d'avoir ignoré de nouveaux diagnostics, à savoir une maladie démyélinisante et une hernie cervicale de Chiari [sic] qui s'ajoutent à la liste de tous ses autres problèmes de santé - à savoir des douleurs insupportables, des insomnies, des vomissements, des pertes d'équilibre, des problèmes digestifs et de déglutition, de l'acouphène, ainsi qu'une extrême fatigue physique et psychologique. Cela étant, elle estime pouvoir prétendre à une rente d'invalidité. Pour étayer ses dires, la recourante produit notamment les documents suivants :

- un rapport du 6 juin 2017 du Dr N.\_\_\_\_\_, radiologue, faisant suite à une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale effectuée le 1<sup>er</sup> juin 2017 et signalant, en particulier, une malformation de Chiari 1 et de multiples anomalies de signal de la substance blanche à l'étage supra-tentorial traduisant des foyers de gliose aspécifiques ;

- un rapport de la Dresse L.\_\_\_\_\_ du 20 juin 2017, mentionnant l'apparition un mois plus tôt d'un acouphène aigu et d'une autophonie de l'oreille gauche associés à des troubles de l'équilibre rotatoire, précisant que le déficit cochléovestibulaire gauche subaigu avait connu une bonne récupération partielle et une compensation sur le plan vestibulaire, mais relevant qu'il persistait par contre une surdité de perception sévère avec un acouphène, très difficile à supporter pour la patiente déjà fragilisée sur le plan psychologique.

Par décision du 14 juillet 2017, la juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée à l'exonération des frais de procédure, avec effet au 11 juillet 2017.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 31 août 2017. L'OAI retient pour l'essentiel que la

recourante, dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations, n'a apporté aucun élément rendant plausible une aggravation ou une nouvelle atteinte à la santé susceptible d'influencer ses droits. Pour le surplus, l'office renvoie à un avis médical SMR établi le 17 août 2017 par le Dr P.\_\_\_\_\_ et dont on extrait ce qui suit :

"Date de la demande : 27.12.16. Nouvelle demande : **recours**.

[...]

[...] Suite à la décision de refus du 02.06.17, vous demandez d'examiner les pièces médicales et de vous faire part de notre appréciation médicale.

Le Dr [...] [recte : S.\_\_\_\_\_], médecin traitant, mentionne le 16.01.17 sur un 1/4 de page un état dépressif et anxieux sans plus, évoluant depuis 2006, et que tout va bien sur le plan somatique. Le Dr L.\_\_\_\_\_, ORL, rapporte le 09.05.17, comme les RM qui suivent, des pathologies non incapacitantes, étrangères à la LAI. Il existe juste une surdité de perception sévère G suite à un accident aig[u]. Les céphalées étant du domaine subjectif et la petite malformation étant congénitale et l'assurée ayant vécu jusqu'à présent avec, nous en restons là. La radiologie du 06.06.17 exclut par ailleurs une atteinte grave.

*Notre réponse* : c'est à l'assurée d'apporter la preuve d'un changement plausible de son état de santé dans cette situation. Les documents à dispo n'apportent pas d'éléments convaincants sur le plan somatique ou psychiatrique en faveur d'une IT durable. D'ailleurs, le Dr [...] [recte : S.\_\_\_\_\_] explique sur le plan somatique que rien ne justifie une rente AI. Sur le plan psychiatrique, il existerait une atteinte depuis 2006, mais nous avons l'expertise psychiatrique du Dr B.\_\_\_\_\_, le 13.12.11 et donc aucune incapacité actuelle n'est à retenir. Par ailleurs, aucune description spécialisée de l'atteinte actuelle n'est à dispo, les quelques lignes du Dr [...] [recte : S.\_\_\_\_\_] n'apportant pas d'éléments précis. Pour toutes ces raisons, nous n'avons aucune raison de nous écarter des constatations antérieures chez cette femme de 46 ans, dans la pleine force de l'âge, apte au travail.

*Au total*, nous en restons aux conclusions antérieures en considérant que la situation est inchangée. Nous n'entrons pas en matière pour quelque raison que ce soit."

Par réplique du 20 septembre 2017, la recourante soutient que la malformation de Chiari traduit un changement de son état de santé, dès lors qu'une IRM cérébrale effectuée en 2012 n'avait montré aucune anomalie ; à cet égard, elle produit un rapport de CT cérébral du 12 septembre 2012 du Dr H.\_\_\_\_\_, radiologue, évoquant un examen dans les limites de la norme. L'intéressée se réfère en outre à des dépositions écrites de deux de ses enfants, évoquant les souffrances de leur mère. Elle

produit également un rapport de la Dresse L.\_\_\_\_\_ du 24 août 2017, faisant état d'une situation stationnaire et expliquant que les petites lésions cérébrales constatées à l'IRM n'étaient probablement pas à l'origine des troubles cochléovestibulaires.

Dupliquant le 6 octobre 2017, l'intimé maintient sa position.

Par envoi du 29 janvier 2018, la recourante produit :

- une attestation médicale du 30 novembre 2017 des Drs F.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, médecin assistante à l'Unité A.\_\_\_\_\_, faisant état d'un suivi psychiatrique d'avril 2005 à janvier 2009 puis de mars 2010 à janvier 2011, d'une consultation unique en mars 2012 et d'une reprise de suivi en août 2017, avec une aggravation de l'état psychiatrique à cause d'une situation psychosociale difficile et précaire, l'époux étant menacé d'expulsion ;

- un rapport du 22 janvier 2018 de la Dresse K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, diagnostiquant une fibromyalgie, un syndrome myofascial cervical suite à des troubles dégénératifs, des cervicocéphalgies suite à des troubles dégénératifs cervicaux ainsi qu'une dépression, et considérant que la patiente était très probablement inapte au travail compte tenu des cervicocéphalgies et de la fibromyalgie.

Par envoi réceptionné le 5 juin 2018, la recourante produit encore les pièces suivantes :

- un rapport des Drs F.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ du 2 mai 2018, posant les diagnostics de syndrome somatoforme douloureux persistant, épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, et trouble panique depuis 2003 ;

- une attestation de la Dresse K.\_\_\_\_\_ du 3 mai 2018, exposant ce qui suit :

### **"Rajout**

L'IRM cérébral[e] du 1.06.2017 montre des anomalies de signe de la substance blanche, il faut corrélér cela avec la clinique, une prise en charge avec un neurologue serait souhaitable, car il y a en plus une malformation de Chiavi [recte : Chiari] 1. Qui peut aussi provoquer des maux de tête et une cervicalgie.

L'IRM cervical[e] du 30.01.2017 montre des [d]is[copathies] dégénératives C3-C4 à C6-C7 et des petit[e]s protrusions discales médianes de 3-4mm de C3-C4 à C5-C6. Rétrécissement foraminal gauche C4-C5 et C5-C6."

### **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 (cf. 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 (cf. art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), le recours 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 131 V 164 consid. 2.1 et 125 V 413 consid. 2c).

**b)** En l'occurrence, est litigieux le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 27 décembre 2016 par la recourante.

**3. a)** En vertu de l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies.

**b)** Selon la jurisprudence, 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 (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b, 109 V 108 consid. 2a ; cf. TF 8C\_880/2017 du 22 juin 2018 consid. 3). Une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (cf. ATF 112 V 371 consid. 2b ; cf. TFA I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit 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 autres investigations par un refus d'entrée en

matière (cf. ATF 117 V 198 consid. 3a ; cf. 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). 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. 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. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (cf. ATF 109 V 108 consid. 2b ; cf. TF 9C\_789/2012 précité loc. cit.).

**c)** Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 2 RAI (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). 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. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003) – 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. 2 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 de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; cf. ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, 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 (cf. ATF

130 V 64 consid. 5.2.5 ; cf. TF 9C\_789/2012 précité consid. 2.3 et 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 ; cf. TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2).

Il découle de ce qui précède que, dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge 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 (cf. TF 9C\_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3). Partant, les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre (cf. TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 et les références citées).

**4.** En l'espèce, il ne saurait être question d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité - et donc le droit à la rente - s'est produit, dès lors que l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande. Il y a uniquement lieu de déterminer si la recourante, dans ses démarches auprès de l'OAI à partir du mois de décembre 2016, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations.

**a)** A titre préalable, il convient de préciser que les rapports médicaux produits devant la juridiction cantonale - soit le rapport de CT cérébral du Dr H. \_\_\_\_\_ du 12 septembre 2012, le rapport d'IRM cérébrale du Dr N. \_\_\_\_\_ du 6 juin 2017, ainsi que les comptes-rendus de la Dresse L. \_\_\_\_\_ des 20 juin et 24 août 2017, ceux de l'Unité A. \_\_\_\_\_ des 30 novembre 2017 et 2 mai 2018, et ceux de la Dresse K. \_\_\_\_\_ des 22 janvier et 3 mai 2018 - ne peuvent pas être pris en considération pour trancher le présent litige, pas plus que les dépositions écrites des enfants de la recourante versées au dossier le 20 septembre 2017. Ces pièces ont en effet été communiquées au stade de la procédure judiciaire ouverte ceans, autrement dit postérieurement au prononcé de la décision

litigieuse. Or, lorsque le tribunal est saisi dans le cadre d'une procédure de non entrée en matière sur une nouvelle demande, il lui incombe uniquement d'examiner si les pièces déposées en procédure administrative devant l'OAI justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (cf. consid. 3c supra).

Corrélativement, les griefs de la recourante en lien avec les pièces versées en procédure judiciaire – qui constituent l'essentiel de son argumentaire – ne peuvent être qu'écartés, puisque reposant sur des éléments extrinsèques à la problématique soumise à l'examen de la Cour de céans. Tout au plus relèvera-t-on que la recourante ne saurait reprocher à l'intimé d'avoir ignoré de « *nouveaux diagnostics* » (cf. mémoire de recours du 30 juin 2017 p. 1) alors même qu'elle n'a fourni aucune indication sur le sujet lors de la procédure administrative, bien que dûment interpellée – étant rappelé que pour qu'il soit entré en matière sur une nouvelle demande de prestations, c'est à la personne assurée de rendre plausible une modification significative de son état de santé et non à l'OAI de procéder d'office à l'instruction du cas (cf. art. 87 al. 2 et 3 RAI ; cf. consid. 3c supra).

Par surabondance, on notera encore qu'il importe peu que le SMR, dans son avis du 17 août 2017, se soit succinctement prononcé sur certaines des pièces produites au stade du recours, cette seule circonstance n'ayant pas pour effet d'élargir la contestation portée devant le tribunal. Il n'y a, pour le surplus, pas lieu de se prononcer plus avant sur le sujet, au risque de préjuger du sort d'une éventuelle procédure future.

**b)** Afin de déterminer si l'intimé était ou non fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande introduite le 27 décembre 2016, seuls peuvent être pris en considération le rapport de la Dresse S.\_\_\_\_\_ du 16 janvier 2017, le courriel de cette praticienne du 26 septembre 2016, le rapport de la Dresse AA.\_\_\_\_\_ du 21 juillet 2015, ainsi que les rapports de la Dresse L.\_\_\_\_\_ des 29 janvier 2015, 1<sup>er</sup> juin 2015 et 9 mai 2017 – à savoir les seules pièces médicales versées au

dossier de l'OAI dans le cadre de la procédure administrative diligentée par cet office.

**aa)** Aux termes de son compte-rendu du 16 janvier 2017, la Dresse S.\_\_\_\_\_ a pour l'essentiel renvoyé aux constatations faites plus de dix ans plus tôt, le 10 avril 2006, tout en précisant qu'une rente AI ne se justifiait pas sur le plan somatique et qu'elle invitait le psychiatre traitant à se prononcer sur l'aspect psychique. Quoi qu'en dise la recourante, de tels propos reflètent une situation demeurée stationnaire, sans aucune notion d'aggravation spécifique, et ne témoignent manifestement pas d'une modification notable de l'état de santé susceptible d'influencer son droit à des prestations de l'AI ; le simple fait de renvoyer au psychiatre traitant est, en particulier, insuffisant au regard des exigences posées en la matière (cf. consid. 3b et c supra). Par ailleurs, en tant que la Dresse S.\_\_\_\_\_ a mis en exergue la situation personnelle de l'assurée, il sied de relever que les éléments psycho-sociaux ou socio-culturels sont étrangers à l'invalidité (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a). Cela étant, l'OAI n'avait ici aucune raison pertinente d'entrer en matière sur la nouvelle demande introduite le 27 décembre 2016.

Le 17 mai 2017 a encore été produit un courriel du 26 septembre 2016 de la Dresse S.\_\_\_\_\_. Celui-ci n'est toutefois d'aucun secours à la recourante. En effet, il y est simplement fait référence à une petite intervention au cou, ce qui ne saurait traduire une modification de l'état de santé susceptible d'influencer le droit aux prestations de l'AI - sachant que, selon la Dresse S.\_\_\_\_\_, l'assurée ne souffre d'aucune atteinte somatique justifiant l'octroi d'une rente d'invalidité (cf. rapport du 16 janvier 2017). Pour le reste, cette praticienne s'est contentée d'évoquer succinctement l'évolution de la symptomatologie douloureuse de la recourante au fil des opérations, soit une situation amplement décrite dans le cadre des précédentes demandes de prestations instruites par l'OAI, cela notamment par le biais de deux expertises sur lesquelles l'office s'est fondé pour refuser l'octroi de prestations consécutivement les 25 avril 2012 et 13 juillet 2015 (cf. rapport d'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_ du 13 décembre 2011 et rapport d'examen clinique du Dr Y.\_\_\_\_\_ du 27

avril 2015). Au final, rien dans le courriel du 26 septembre 2016 ne laisse donc à entendre que les renseignements précédemment récoltés par l'intimé ne seraient plus d'actualité.

**bb)** En ce qui concerne le rapport du 21 juillet 2015 de la Dresse AA.\_\_\_\_\_, consécutif à une consultation du même jour, la Cour n'y décèle aucun indice évocateur d'un changement important au niveau de l'état de santé de la recourante.

Ce rapport mentionne en effet des options thérapeutiques en lien avec une symptomatologie d'ordre gastroentérologique, singulièrement des troubles intestinaux (pyrosis, dyspepsie et météorisme abdominal). Or, des symptômes analogues avaient déjà été signalés par le passé, que ce soit sous la forme de problèmes de digestion (cf. rapport de la Dresse S.\_\_\_\_\_, du 10 avril 2006 p. 2), de boule dans le ventre avec des vomissements à répétition (cf. rapport des Drs W.\_\_\_\_\_, et J.\_\_\_\_\_, du 21 août 2006 p. 2), de douleurs à l'estomac (cf. rapport d'expertise de la Dresse R.\_\_\_\_\_, du 16 mars 2008 p. 2), de maux d'estomac avec des vomissements (cf. rapport d'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_, du 13 décembre 2011 p. 5 et 6), de douleurs abdominales (cf. rapport des Drs F.\_\_\_\_\_, et O.\_\_\_\_\_, du 26 novembre 2014 p. 2), ou de douleurs abdominales et de constipation avec des vomissements deux à trois fois par semaine (cf. rapport d'examen clinique du Dr Y.\_\_\_\_\_, du 27 avril 2015 p. 3). Dite symptomatologie n'a donc rien de nouveau. Le seul fait que ces symptômes aient finalement conduit à une consultation spécialisée le 21 juillet 2015 – huit jours après la décision de refus de prestations du 13 juillet 2015 – ne suffit pas à rendre plausible une péjoration significative sur le plan intestinal, cela d'autant que l'anamnèse décrite par la Dresse AA.\_\_\_\_\_ ne permet de tirer aucune conclusion quant à l'évolution des symptômes par rapport aux précédents refus de prestations. A la rigueur, l'absence de vomissements signalée par la Dresse AA.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 21 juillet 2015 p. 2 : « *Elle rapporte des nausées sans lien avec les repas, sans vomissements [...]* ») plaide bien plutôt dans le sens d'une amélioration des troubles.

Pour le surplus, on notera que les examens réalisés le 24 juillet 2015 ont montré que l'assurée ne présentait finalement plus de signes d'*Helicobacter Pylori* et que, comme la Dresse S.\_\_\_\_\_, la Dresse AA.\_\_\_\_\_ a évoqué la situation psycho-sociale complexe de l'assurée, paramètre qui ne peut toutefois être pris en considération pour l'évaluation de l'invalidité (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a).

**cc)** Quant à la Dresse L.\_\_\_\_\_, elle a essentiellement fait mention d'une prise en charge depuis le mois de février 2013 pour des douleurs pharyngées diffuses chroniques d'origine mixte, dans le cadre d'un syndrome douloureux somatoforme, d'une cancérophobie, d'un tabagisme actif, d'un reflux gastro-œsophagien persistant sous traitement et d'une amygdalite chronique rétrograde et kystique bénigne. Cette symptomatologie n'est toutefois pas suffisante pour rendre plausible une détérioration significative de l'état de santé de l'assurée. En effet, rien ne permet d'inférer que les douleurs pharyngées évoquées pourraient impacter dans une quelconque mesure la capacité de travail de l'assurée. Bien au contraire, le fait que la Dresse L.\_\_\_\_\_ se soit limitée à préconiser un traitement conservateur (anti-inflammatoires en réserve et, localement, traitements d'Echinamed et Deaftol sprays) associé à la diminution, voire l'arrêt, du tabagisme plaide pour une pathologie somme toute bénigne ne présentant, à ce stade, aucune caractéristique de nature invalidante. On notera du reste que, suite à son examen du 22 avril 2015, le Dr Y.\_\_\_\_\_ avait déjà mentionné un suivi régulier pour des kystes dans le cou (cf. rapport d'examen clinique du 27 avril 2015 p. 2), sans autre particularité - ce que la Dresse L.\_\_\_\_\_ est au final venue confirmer. Au niveau ORL, les rapports de cette praticienne ne peuvent donc justifier d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée.

Dans son rapport du 9 mai 2017, la Dresse L.\_\_\_\_\_ a par ailleurs mentionné des cervicalgies récentes, sur hernie discale selon la patiente. Toutefois, sans plus amples indications, cette simple mention ne permet pas de considérer comme plausible une modification significative de l'état de santé de l'assurée. Il faut du reste relever que, lors de son examen, le Dr Y.\_\_\_\_\_ avait signalé une mobilité du rachis douloureuse

au niveau de la jonction cervicodorsale et lombaire bas [sic], mais néanmoins bonne dans tous les axes ; il avait ainsi nié l'existence de limitations fonctionnelles sur le plan ostéoarticulaire (cf. rapport d'examen clinique du 27 avril 2015 p. 7). Le seul fait que l'assurée ait ultérieurement imputé ses cervicalgies à une hernie discale ne permet pas de conclure à une dégradation notable de la situation.

Finalement, on rappellera ici encore que la situation familiale complexe de l'assurée, relevée par la Dresse L.\_\_\_\_\_, est étrangère à l'évaluation de l'invalidité (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a).

**c)** Il apparaît en conséquence que, dans ses démarches devant l'OAI suite à la nouvelle demande de prestations introduite le 27 décembre 2016, la recourante n'a pas établi de façon plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision de refus de prestations entrée en force. C'est donc à bon droit que l'office intimé a retenu que les conditions de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI n'étaient pas réalisées et a conséquemment refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande.

**5. a)** Il découle de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors que cette dernière s'est vu octroyer le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée à l'exonération des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. La recourante est néanmoins rendu attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais judiciaires dès qu'elle sera en mesure de le faire (cf.

art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] ; cf. art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (cf. art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante, au demeurant non représentée par un mandataire professionnel, n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA *a contrario*).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 2 juin 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Z. \_\_\_\_\_,
- 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 :