

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2023 / 437 vom 10. Juli 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-07-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2023\\_\\_437](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2023__437)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2023 / 437 du 10 juillet 2023

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2023 / 437 del 10 luglio 2023

### Regeste

NOUVELLE DEMANDE, RÈGLEMENT SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ,  
MODIFICATION DES CIRCONSTANCES, REJET DE LA DEMANDE | 87 al. 2 RAI, 87  
al. 3 RAI

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales Arrêt / 2023 / 437

NOUVELLE DEMANDE, RÈGLEMENT SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ,  
MODIFICATION DES CIRCONSTANCES, REJET DE LA DEMANDE | 87 al. 2 RAI, 87  
al. 3 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 310/22 - 188/2023 ZD22.046069 COUR DES  
ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt  
du 10 juillet 2023 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Durussel , présidente  
Mme Berberat et M. Piguët, juges Greffier : M. Genilloud \*\*\*\*\* Cause pendante  
entre : M. \_\_\_\_\_ , à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter,  
avocat à Lausanne, 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. a) M. \_\_\_\_\_  
(ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], au bénéfice d'une attestation de  
formation professionnelle de coiffeuse, a déposé une demande de prestations de  
l'assurance-invalidité (AI) le 10 novembre 2016 en raison de douleurs généralisées et de  
fibromyalgie. aa) Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'assurée a été soumise à  
une expertise rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne auprès de la [...] dont la  
réalisation a été confiée aux Drs O. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale,  
Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et L. \_\_\_\_\_,  
spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans le rapport qu'ils ont rendu le 29 juillet  
2019, les experts ont diagnostiqué un tabagisme chronique (F17.9) et un syndrome  
douloureux somatoforme persistant (F45.4). Ils ont notamment fait les constatations  
suivantes s'agissant de la situation médicale de l'assurée (sic) : « Anamnèse actuelle A la  
demande de l'experte auprès de l'assurée de hiérarchiser ses plaintes, elle précise que les  
quatre plaintes cardinales impactent à part égale la qualité de vie et rendent impossible toute  
activité professionnelle. 1. Une douleur qualifiée de "horrible", permanente, évolutive  
depuis 2012, sans répit et estimée à 8/10 en tout temps et 10/10 voire plus lors des crises. Il  
s'agit de douleurs qui sont apparues initialement à la nuque avec extension vers les épaules,  
les membres supérieurs et puis en quelques mois sont devenues diffuses, constantes et  
pylore chronique sans aucun effet des différentes approches thérapeutiques. L'assurée  
accuse également des crises quotidiennes exprimées par une augmentation en intensité des  
douleurs et associées au gonflement de certaines parties du corps [...]. 2. Des malaises  
apparus en 2015 qui sont décrits par des témoins la plupart du temps des membres de la

famille [...]. Il s'agit de malaises initialement une fois par semaine puis actuellement quotidiennement voire deux à trois fois par jour qui se présentent sous la forme de perte de contact [...]. Le mari a l'impression que ces malaises surviennent dans un contexte de majoration de la fatigue ou des douleurs dans les différents moments de la journée sans lien avec l'activité physique [...]. Le couple adhère à l'explication qui aurait été fournie par le neurologue du [...] qu'il s'agit d'un malaise dans un contexte de fibromyalgie par un mécanisme « de blocage du cerveau qui ne supporte plus les douleurs ». 3. Fatigue générale et permanente présente dès le matin. 4. Trouble de l'humeur que l'assurée décrit par un malaise permanent en lien avec les douleurs qui limitent le contact social et occasionnent un repliement puisque lorsqu'elle est douloureuse elle n'a plus envie de parler à personne ni de faire la moindre tâche de la vie de tous les jours. Elle dit ne pas se sentir triste, déprimée. Elle déplore une qualité de vie précaire concernant toute sa famille ». D'un point de vue rhumatologique, il a été admis que l'assurée souffrait d'un état douloureux chronique diffus sans substrat somatique. A cet égard, le rapport d'expertise précisait : « [...] force est de constater que l'assurée [en remplit tous les critères] puisque tous les points douloureux sont présents ; ces derniers sont associés à une fatigue, des troubles du sommeil, des troubles de la concentration et de la mémoire, des malaises et donc des symptômes d'allure organique. Cependant, cette affection ne pourrait être retenue que si un état psychique ne sous-tend pas l'état douloureux. Or, lorsque les symptômes psychiques deviennent prégnants, comme c'est le cas pour Madame M. \_\_\_\_\_, c'est essentiellement l'évaluation psychiatrique qui revêt une valeur prépondérante ». D'un point de vue psychiatrique, le rapport d'expertise faisait état de ce qui suit : « Les malaises évoqués pourraient faire penser à des épisodes de stupeur dissociative. Toutefois, sur la base d'un de ces épisodes observé par l'expert psychiatre durant son entretien, il n'a pas observé de diminution marquée ni d'absence ni de mouvements involontaires ou du langage. L'assurée au contraire a continué à parler et il aurait noté une légère dyspnée à ce moment-là. Il n'y a par ailleurs aucun trouble moteur dissociatif ni d'anesthésie dissociative en particulier aucun élément suggérant une perte partielle de la vision, de l'audition et de l'olfaction lors du questionnaire dirigé. Il n'y a pas non plus de critère d'un trouble de l'humeur, la tristesse exprimée n'est pas d'une intensité significative et s'inscrit dans une constellation symptomatique dans laquelle la douleur reste sur le devant de la scène. In fine, les éléments anamnestiques à disposition ainsi que le tableau clinique observé lors de cette expertise sont compatibles avec le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Les critères diagnostiques sont remplis : la douleur persistante intense accompagnée d'un sentiment de détresse, ubiquitaire, non expliquée par un processus physiologique représente donc la préoccupation essentielle de l'assurée ; association à une fatigue intense, à des douleurs mandibulaires, à des malaises peu spécifiques ». Concernant les éléments ayant servi à la détermination de la capacité de travail de l'assurée, ils étaient notamment les suivants : Concernant l'évaluation des traitements, des mesures de réadaptation et des chances de guérison, L'approche médicale, pharmacologique et physique traditionnelle, a été rapidement vouée à l'échec [...]. Toute [la famille de l'assurée] s'est mobilisée pour chercher des techniques alternatives. L'assurée n'y croit pas trop ou ne peut pas se les permettre financièrement [...]. Dans ce contexte d'une invalidité auto-prescrite entretenue par l'entourage familial, on ne peut pas parler de chances de guérison. Il en est de même pour les mesures de réadaptation qui sont vouées à l'échec devant la ferme conviction de cette assurée de souffrir d'une maladie incurable. Au vu de ce qui précède et en présence d'un syndrome somatoforme douloureux persistant, il n'y a pas de médication ou une autre approche thérapeutique

permettant d'améliorer les aptitudes physiques ou psychiques au travail que les experts puissent proposer. La médicalisation autant en termes d'investigations qu'en traitement, au contraire, risque d'avoir un effet délétère puisqu'elle ne fera que consolider la ferme conviction de cette assurée d'être gravement malade. Evaluation de la cohérence et de la plausibilité, Il existe à l'évidence un écart énorme entre le handicap allégué et les constatations médicales objectives. En dépit de l'impression d'une authenticité, les plaintes de l'assurée ne sont pas soutenues par l'approche somatique ni psychiatrique au cours de cette expertise [...]. Si l'on devait définir la cohérence par une homogénéité de l'atteinte limitative, selon les déclarations de l'expertisée, toutes les activités dans tous les secteurs de la vie sont sévèrement restreintes ou impossibles de manière autonome en raison du syndrome douloureux ou les malaises. Toutefois en l'absence d'un socle organique, l'allégation d'un tel handicap est difficilement crédible aux yeux des experts. Leurs appréciations expertales ne diffèrent pas de celles des collègues somaticiens ayant précédemment pris en charge l'assurée. L'association du syndrome douloureux diffus chronique à une grande détresse et la présentation exubérante de l'assurée au cours de l'évaluation sont comptables avec le syndrome somatoforme douloureux persistant. Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés, Sur la base des données anamnestiques, toute ressource physique, mentale et psychique est déclarée épuisée dans ce contexte de douleurs prégnantes. Cette expertisée autrefois dynamique, en bonne santé générale, déclare ne pouvoir mobiliser aucune ressource même dans la vie de tous les jours : seuls les soins d'hygiène sont réalisés de manière autonome ; toute tâche ménagère même simple nécessite l'assistance de l'entourage proche puisque l'assurée ne peut pas rester ni debout ni couchée ni assise plus que dix minutes [...]. De même, elle n'utilise plus l'électroménager par peur de faire un malaise et se blesser ou occasionner un incendie. Les déplacements ne se font que de manière accompagnée par peur de faire un malaise. Les activités donc spontanées sont totalement restreintes. On est tout de même frappés d'apprendre que cette "matter dolorosa" a su subordonner le fonctionnement de tous les membres de la famille et sa souffrance est devenue le pivot central autour duquel est construite la vie familiale, sociétale et professionnelle de toute la famille : elle et son mari déclarent que l'activité professionnelle de ce dernier ne se fait qu'à 60 % pour être à disposition de son épouse, qu'il se relaie avec le fils aîné qui a choisi le métier de sécuritas pour travailler la nuit et aider sa mère la journée, que le fils cadet renonce à ses activités sportives pour ne pas mettre à contribution ses parents notamment pour le véhiculer lors de ses activités. Ici de toute évidence, ce sont les facteurs socio-culturels et émotionnels qui jouent un rôle prédominant dans la cristallisation du handicap de l'expertisée ». Au terme de cette évaluation, les experts ont admis de manière unanime qu'il n'y avait aucune atteinte significative à la santé physique et psychique susceptible d'occasionner des limitations fonctionnelles dans toute activité sur le premier marché de l'emploi et par conséquent de générer une incapacité de travail (dans des activités non qualifiées ou l'activité de coiffeuse). Les experts n'étaient pas en mesure de suggérer des mesures médicales susceptibles d'avoir un impact positif sur la capacité de travail de l'assurée. Enfin, ils ont considéré que le pronostic de réinsertion demeurerait sombre en raison des facteurs extra-médicaux (manque de formation professionnelle, croyances quant à son état maladie incurable, auto-appréciation d'un handicap majeur et cristallisé) et des facteurs socio-culturels, le tout aboutissant à l'enkystement dans son trouble actuel. bb) Se ralliant à l'avis des experts, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a, par décision du 13 novembre 2019, refusé toute prestation à l'assurée,

au motif qu'elle présentait une pleine capacité de travail dans toute activité, compte tenu de l'absence d'une atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité. Cette décision a été confirmée par l'arrêt du 14 août 2020 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud (AI 411/19). Cet arrêt n'ayant pas été contesté, il est entré en force. b) Le 15 janvier 2021, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI, qu'elle a précisée le 8 février 2021, invoquant une péjoration de son état de santé. L'OAI a refusé d'entrer en matière par décision du 25 juin 2021, estimant que l'assurée n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé. Cette décision a été confirmée par l'arrêt du 14 septembre 2021 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud (AI 289/21), puis par le Tribunal fédéral (TF 9C\_576/2021 du 2 février 2022). Dans le cadre de cette procédure, la recourante avait produit deux rapports médicaux devant le Tribunal fédéral. Ce dernier n'en avait toutefois pas tenu compte dans la mesure où ils étaient postérieurs à la décision administrative querellée. Il s'agissait tout d'abord d'un rapport d'examen psychologique du 18 octobre 2021 de la Dre V. \_\_\_\_\_, psychologue, qui rapportait notamment les éléments suivants : « La conscience interprétative [de l'assurée] est altérée, c'est-à-dire que l'examinée n'a pas conscience que c'est elle qui interprète [...]. [E]lle est par moments hermétique [...]. On note un fonctionnement de type affectif ; la syntonie est présente [...], avec par moments une perte de distance avec le matériel du test [...] les angoisses semblent la submerger. On relève des défenses maniformes à travers l'insistance sur des contenus connotés positivement [...]. On remarque des contenus menaçants [...] avec une composante paranoïde et par moments une néo-réalité [...]. Elle peut être interprétative [...] on relève la méfiance [...]. Au quotidien, il est rapporté une hypervigilance et une difficulté à sortir de chez elle. On note des contenus et des récits à connotation mélancoliforme [...] à travers une auto-dévalorisation [...] et un sentiment d'impuissance [...]. Cliniquement, la patiente pleure beaucoup durant les séances et s'effondre sans pouvoir expliquer pourquoi ». La Dre V. \_\_\_\_\_ concluait le rapport en ces termes : « Fonctionnement psychotique archaïque et décompensé avec un sentiment de menace important et une composante affective. On observe peu de défenses. Les éléments mélancoliformes sont présents. Une prise en charge psychothérapeutique intensive est recommandée pour aider Mme M. \_\_\_\_\_ à réduire les angoisses, ainsi que les affects dépressifs. Un traitement par neuroleptique paraît nécessaire. Une prise en charge par l'AI est recommandée car un travail, même dans un environnement protégé, n'est pas envisageable au vu de la désorganisation psychique et affective de la patiente ». Il s'agissait ensuite d'un rapport d'évaluation neuropsychologique du 26 octobre 2021, des Dres T. \_\_\_\_\_, R. \_\_\_\_\_, psychologues spécialistes en neuropsychologie et J. \_\_\_\_\_, psychologue, lesquelles ont notamment rapporté ce qui suit : « Le bilan neuropsychologique met en évidence des résultats très inférieurs à la moyenne dans divers domaines (langage oral, exécutif, attention, mnésique, gnosies). Néanmoins, les performances à une épreuve de validation sont très insuffisantes, pouvant suggérer que la patiente présente des difficultés de mobilisation de ses ressources cognitives et de ce fait, les résultats sont probablement peu représentatifs des capacités réelles de Mme M. \_\_\_\_\_. Ces difficultés de mobilisation de ressources cognitives pourraient s'expliquer avec la situation socio-psychologique actuelle. La poursuite de la prise en charge psychothérapeutique est vivement recommandée ». c) Par formulaire signé le 11 mai 2022, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations AI, invoquant une aggravation de sa dépression à la suite de la fibromyalgie. Outre le rapport susmentionné de la Dre V. \_\_\_\_\_, la recourante fondait sa nouvelle demande sur un rapport médical du 26 avril 2022 des Dres F. \_\_\_\_\_,

spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et D. \_\_\_\_\_, médecin assistant, lesquelles ont diagnostiqué un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (CIM-10 : F32.3) et une fibromyalgie (CIM-10 : M79.7). La capacité de travail de l'assurée était considérée comme nulle dans toute activité, même dans un environnement protégé. Elles ont notamment relevé ce qui suit concernant l'état de santé de l'assurée : « Nous constatons chez Mme M. \_\_\_\_\_ une péjoration de l'état dépressif ainsi que des symptômes psychotiques depuis le début de la prise en charge (novembre 2020). La patiente et son mari relatent qu'elle devient plus irritable et crie facilement. Elle pleure plus souvent et s'isole même de sa famille en restant beaucoup dans sa chambre. Elle refuse de sortir car elle se sent persécutée. Elle a peur de voir des gens ; elle fait des crises d'angoisse lorsqu'elle est dehors et surtout en présence de monde. La patiente a le plus souvent un regard vide, apeuré, même en séance avec nous. Elle a de la peine à rester assise plus de 15 minutes. [...]. Mme M. \_\_\_\_\_ relate avoir davantage de fatigue en dormant presque toute la journée et lorsqu'elle est réveillée, elle sursaute facilement en ayant peur de pratiquement tout. Elle relate également des hallucinations auditives [...]. Au vu de la sédation mentionnée par la patiente, nous ne voyons pas le bénéfice d'augmenter le traitement d'Amitriptyline, et compte tenu de la péjoration de son état avec une inefficacité de son traitement, nous lui avons proposé une hospitalisation mais elle se montre très réticente et n'en voit pas la nécessité [...]. Le pronostic nous semble très réservé étant donné l'inefficacité et/ou instabilité du traitement et le fait que la patiente soit persuadée que sa souffrance est incurable. Afin de mieux objectiver les difficultés ressenties et de soutenir Mme M. \_\_\_\_\_ dans ses démarches de reconnaissance asséculo-logique, des tests projectifs et neuropsychologiques sont effectués. L'examen neuropsychologique n'a pas pu être interprété. En revanche, les tests projectifs montrent un fonctionnement psychotique archaïque et décompensé, avec un sentiment de menace important et une composante affective. On observe peu de défenses. Les éléments mélancoliformes sont présents ». Il sied également de préciser que, même si la recourante ne s'y réfère pas expressément, il convient de tenir compte, dans le cadre de la présente procédure, du rapport susmentionné des Dres T. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_, et J. \_\_\_\_\_. d) Dans un compte rendu du 30 juin 2022 de la permanence du Service médical régional (ci-après : SMR), la Dre W. \_\_\_\_\_ a préconisé de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande, précisant que « [le] RM [rapport médical] n'apporte à nouveau pas d'élément objectivable quant à une aggravation de l'état de santé. Il s'agit d'une situation inchangée et identique que celle connue lors de la précédente procédure ». Se fondant sur le compte rendu du SMR, l'OAI, par projet de décision du 30 juin 2022, a informé l'assurée qu'il envisageait de ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande, l'examen du dossier n'ayant montré aucun changement. Par courrier du 5 septembre 2022, l'assurée, par l'intermédiaire de Procap, a présenté ses objections à l'endroit du projet de décision du 30 juin 2022, concluant à son annulation, à la clarification de son état de santé actuel en complétant l'instruction médicale et au rendu d'un nouveau projet en tenant compte des observations qu'elle avait faites. A cette occasion, l'assurée a produit un nouveau rapport médical du 25 août 2022 des Dres F. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_, lesquelles confirmaient leur précédent rapport du 26 avril 2022. Elles ont notamment ajouté les éléments suivants : « 1. Evolution de l'état de santé de la patiente depuis février 2022 (décision entrée en force par la CASSO). L'état de santé de Mme M. \_\_\_\_\_ est assez critique depuis février 2022 [...]. Elle présente des idées délirantes qui sont congruentes à l'humeur à mécanisme interprétatif (idées délirantes d'incurabilité, de dévalorisation, d'auto-accusation ou hypocondriaques), avec un sentiment

de culpabilité, d'incapacité et une très mauvaise image et estime d'elle-même. [...] 5. Taux de présence possible (en %) dans une activité adaptée s'il est tenu compte de toutes ses limitations fonctionnelles, pour quel(s) motif(s) et depuis quand ? Il est impossible pour Mme M. \_\_\_\_\_ de pouvoir faire une activité quelconque pour le moment. Au vu de toutes les limitations fonctionnelles détaillées dans le status, la patiente a besoin de soins [...]. [...] 7. Remarques quant au contenu du rapport d'examen de l'expert psychiatre (erreurs, omissions, lacunes, contradictions, etc.) Nihil. » A l'appui de ses objections, l'assurée s'est fondée sur les documents médicaux susmentionnés pour en déduire que son état de santé s'était péjoré depuis la décision du 25 juin 2021 de l'OAI. Ce dernier n'ayant pas tenu compte des rapports médicaux précités, il avait statué sur la base d'un état de fait médical incomplet, raison pour laquelle il devait procéder à une instruction complémentaire visant à déterminer l'étendue actuelle de l'incapacité de travail de l'assurée. Par un avis médical du 14 octobre 2022, la Dre W. \_\_\_\_\_ a notamment considéré que la description clinique contenue dans les rapports précités des 26 avril et 25 août 2022 était en tout point transposable aux observations faites lors de l'expertise du 29 juillet 2019. Les psychiatres avaient essentiellement rapporté les dires de l'assurée et de son mari, notamment concernant les hallucinations et les autres manifestations psychotiques de l'assurée. Les plaintes rejoignaient celles déjà évoquées lors de l'expertise. Un traitement avait été mis en place mais, d'une part, la compliance n'était pas certaine et, d'autre part, une efficacité n'était vraisemblablement pas attendue dans cette situation, comme l'expliquait avec justesse les experts et ce que tendaient également à démontrer les observations cliniques faites par la Dre D. \_\_\_\_\_. Une hospitalisation avait été proposée à l'assurée, mais elle l'avait refusée pour des motifs peu clairs. Sous l'éclairage de l'expertise du 29 juillet 2019, le SMR était d'avis que la situation était la même, tirant ses origines dans la même atteinte à la santé, soit un syndrome douloureux somatoforme persistant. Le SMR en a conclu que la situation médicale était inchangée et qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux nouveaux. Se fondant sur l'avis médical du 14 octobre 2022 du SMR, l'OAI a, par décision du 17 octobre 2022, refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée le 11 mai 2022 par l'assurée. B. Le 14 novembre 2022, M. \_\_\_\_\_, désormais représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a recouru contre la décision du 17 octobre 2022 de l'intimé, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme, en ce sens que l'intimé accepte d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations et, subsidiairement, à son annulation, le dossier de la cause étant renvoyé à l'intimé pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants. En substance, la recourante estime que les rapports médicaux établis par les Dres F. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ les 26 avril et 25 août 2022 attestent non seulement d'une aggravation indiscutable de son état de santé psychologique/psychiatrique depuis février 2022, mais également d'une situation préoccupante. Selon elle, il apparaît incompréhensible, voire arbitraire que l'OAI et son SMR considèrent que son état de santé demeure inchangé alors que celui-ci s'est aggravé à un point tel que ses spécialistes traitantes ont fortement préconisé son hospitalisation psychiatrique. Elle considère que les appréciations médicales émises par les Dres F. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ doivent manifestement prévaloir sur l'appréciation du SMR car elles sont significativement plus probantes. Enfin, la recourante sollicite la mise en œuvre d'une expertise médicale d'ordre psychiatrique qui aura pour vocation de déterminer l'évolution de son état de santé et ses répercussions sur sa capacité de travail exigible. Le 22 novembre 2022, Me Hofstetter a porté à la connaissance de la Cour de céans l'hospitalisation de la recourante, le 17 novembre 2022, au [...] (ci-après : [...]). Dans sa

réponse du 19 décembre 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours. Dans sa réplique du 20 février 2023, la recourante, par son mandataire, confirme les conclusions de son recours du 14 novembre 2022. Elle précise qu'elle a été hospitalisée du 17 au 21 novembre 2022 au [...] et produit un nouveau rapport du 26 janvier 2023 de la Dre Q. \_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe au [...], qui, selon la recourante, met en lumière une indiscutable aggravation de son état de santé. Dans sa duplique du 6 mars 2023, l'intimé confirme les conclusions de sa réponse du 19 décembre 2022. S'agissant du rapport de la Dre Q. \_\_\_\_\_ du 26 janvier 2023, l'OAI considère qu'il n'a pas à être pris en compte dans le cadre de la présente procédure dans la mesure où il a été produit postérieurement à la décision attaquée. 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 sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, le recours a été interjeté 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]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable. 2. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations AI du 11 mai 2022 de l'assurée au motif que la situation de celle-ci ne s'est pas notablement modifiée depuis la décision du 13 novembre 2019 et confirmée par l'arrêt du 14 août 2020 de la Cour des assurances sociales. 3. a) Selon 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 découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Aux termes de l'art. 87 al. 3 RAI, lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'art. 87 al. 2 RAI sont remplies. L'exigence ressortant de l'art. 87 al. 2 RAI doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision 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 (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b ; 109 V 108 consid. 2a ; TF 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). 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). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1). b) 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 et, si tel n'est pas le cas, liquider l'affaire d'entrée de cause sans autres investigations par un refus d'entrée 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). Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter (ATF 109 V 108 consid. 2b). c) 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 de l'art. 87 al. 2 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). 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). 4. a) En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la troisième demande de prestations AI déposée par la recourante le 11 mai 2022. Il s'agit donc pour la Cour de céans d'examiner si les rapports des 18 et 26 octobre 2021, 26 avril et 25 août 2022 établissent de manière plausible une aggravation de son état de santé par rapport à la décision de refus du 13 novembre 2019 confirmée par arrêt du 14 août 2020. En revanche, conformément aux principes rappelés ci-dessus (consid. 3c), il n'y a pas lieu de tenir compte du courrier du 22 novembre 2022 de Me Hofstetter, ni du rapport du 26 janvier 2023 de la Dre Q. \_\_\_\_\_, pièces qui ont été produites postérieurement à la décision attaquée. Pour les mêmes raisons, la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise d'ordre psychiatrique doit être rejetée. b) Il convient préalablement de préciser que contrairement à ce qu'affirme la recourante, le fait que la spécialisation de la Dre W. \_\_\_\_\_ ne soit pas mentionnée dans son avis médical du 14 octobre 2022 n'est pas déterminant. En effet, fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) et 54a al. 2 et 3 LAI (dans la teneur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022), en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées). Dès lors, que les tâches dévolues au SMR consistent notamment à évaluer l'intégralité d'un dossier, la spécialisation du médecin du SMR n'est pas pertinente (TF 9C\_933/2012 du 16 avril 2013 consid. 4.2). Il est d'ailleurs fréquent qu'un médecin du SMR soit amené à examiner des dossiers contenant de nombreux rapports médicaux émanant de divers spécialistes. De plus, de par son titre de médecin, la Dre W. \_\_\_\_\_ dispose à l'évidence des compétences nécessaires. C'est d'autant plus vrai que dans le cas d'espèce, la Dre W. \_\_\_\_\_ devait uniquement se prononcer sur l'éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la décision de l'intimé du 13 novembre 2019, soit, pour l'essentiel, de confronter l'expertise du 29 juillet 2019 avec les nouvelles pièces médicales invoquées par la recourante à l'appui de sa nouvelle demande de prestations AI, sans qu'il lui soit nécessaire d'apporter des éléments de motivation nouveaux importants ni d'appréciations nécessitant des connaissances médicales particulières. c) S'agissant des rapports des 18 et 26 octobre 2021, 26 avril 2022 et du 25 août 2022, ils ne rendent pas plausible une péjoration de l'état de santé de la recourante. Tout d'abord, les plaintes qui y

sont rapportées, à savoir la fatigue, les angoisses, l'irritabilité, les troubles de la mémoire et de la concentration, la crainte de faire un malaise, le fait de ne pouvoir se déplacer seule, le besoin permanent de bouger et de changer de position, l'envie de s'isoler, les ruminations ainsi que le sentiment d'être atteinte d'une maladie incurable, ont déjà été évoquées et dûment prises en compte dans le cadre de l'expertise du 29 juillet 2019. De plus, les rapports susmentionnés, en particulier ceux des 26 avril et 25 août 2022, se fondent essentiellement sur les dires de la recourante et de son mari, sans que ces derniers aient été mis en perspective avec des éléments objectifs. Ainsi, la recourante n'apporte aucun élément objectivable vérifiable, notamment de nature clinique ou diagnostique, qui serait nouveau par rapport à l'expertise réalisée le 29 juillet 2019 et qui aurait été ignoré par le SMR, justifiant de s'écarter de ses conclusions. A cet égard, le fait que les Dres F. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ aient, dans leur rapport médical du 26 avril 2022, diagnostiqué notamment un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (CIM-10 : F32.2) n'y change rien, tout comme le fait qu'elles préconisent une hospitalisation de la recourante. En effet, en tant qu'elles se fondent sur le même tableau clinique et les mêmes plaintes de l'assurée décrits lors de l'expertise, ces médecins ne font que substituer, pour un même état de fait, leur propre avis à celui des experts. Leur suggestion d'hospitalisation est d'ailleurs en contradiction avec ce que les experts préconisaient. Enfin, il convient encore de relever que le rapport médical du 26 avril 2022 indique une péjoration de l'état de santé de la recourante depuis le mois de novembre 2020. Or une précédente demande AI avait été déposée le 15 janvier 2021 par la recourante et avait déjà abouti à une non-entrée en matière, confirmée le 14 septembre 2021 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, puis par le Tribunal fédéral le 2 février 2022. En définitive, la situation médicale de la recourante est superposable à celle prévalant au moment de l'expertise du 29 juillet 2019. On ne peut donc que confirmer l'appréciation du SMR selon laquelle les rapports médicaux produits par la recourante ne rendent pas plausible une péjoration de son état de santé depuis la décision du 13 novembre 2019. d) Enfin, l'intimé ayant, à juste titre, refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, il n'y avait pas lieu de procéder à des mesures d'instruction complémentaires, notamment pour examiner l'éventuelle compliance médicamenteuse de la recourante (TFA I 511/2006 du 1<sup>er</sup> mai 2007 consid. 7). 5. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision querellée 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont mis à la charge de la recourante qui succombe. c) N'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre à des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 17 octobre 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de la recourante. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Gilles-Antoine Hofstetter, à Lausanne (pour M. \_\_\_\_\_), ■ Office de l'assurance-invalidité, à Vevey, - Office fédéral des assurances sociales, à Berne, 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). Le greffier :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.