

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 février 2011

---

Présidence de M. ABRECHT  
Juges : Mme Rossier et M. Monod, assesseurs  
Greffière : Mme Donoso Moreta

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

L. \_\_\_\_\_, à Blonay, recourante

et

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

---

**Art. 8 et 17 al. 1 LPGA; 87 al. 3 et 4 RAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** L.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le 28 septembre 1963, divorcée et mère de deux enfants, actuellement domiciliée à Blonay, a une formation de bouchère. Depuis mars 1986, elle a travaillé comme employée à la stérilisation centrale auprès de l'Hôpital [...]. Depuis le 5 juin 2003, elle est au bénéfice d'un certificat d'incapacité totale de travail, souffrant de névrose d'anxiété chronicisée avec anxiété persistante, de phobies multiples avec attaques de panique paroxystiques, notamment agoraphobie, ainsi que de dépression. Le 23 août 2004, à l'époque encore domiciliée dans le canton de Fribourg, elle a déposé une demande de prestations AI pour adultes, tendant à l'octroi d'une rente, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: l'OAI Fribourg), à Givisiez.

**b)** Après avoir soumis l'assurée à une expertise psychiatrique indépendante qu'il a confiée au Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à [...], l'OAI Fribourg lui a nié le droit à une rente, par décision du 3 février 2006, au motif qu'elle ne présentait pas de troubles psychiques invalidants au sens de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20). Cette décision, contre laquelle l'assurée a fait opposition, a été confirmée par décision sur opposition du 6 juin 2006.

**c)** Par arrêt du 21 juin 2007, la Cour des assurances sociales du Tribunal administratif du canton de Fribourg a rejeté le recours formé par l'assurée contre cette décision sur opposition.

Par arrêt du 14 mai 2008 (9C\_530/2007), le Tribunal fédéral a rejeté, dans la mesure où il était recevable, le recours en matière de droit public interjeté par l'assurée contre l'arrêt du 21 juin 2007 précité.

**B. a)** Le 28 janvier 2009, l'assurée a saisi l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI Vaud) d'une demande de révision.

**b)** Le 2 février 2009, l'OAI Vaud a adressé à l'assurée un courrier dont la teneur était la suivante :

« Nous accusons réception de votre demande de révision du 28.01.2009 et vous informons que nous considérons cette pièce comme une nouvelle demande au sens de l'article 17 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) et des articles 87 et suivants du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI).

Le droit aux prestations que vous sollicitez a déjà fait l'objet d'une décision de refus.

Votre nouvelle demande ne peut être examinée, en application des articles précités que s'il est établi de façon plausible que l'invalidité ou l'impotence de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

Attendu que dans ce type particulier de procédure, il n'appartient pas à l'Office AI, mais à l'assuré de fournir les éléments rendant plausible une éventuelle modification du degré d'invalidité, nous vous impartissons un délai de 30 jours pour:

1. Produire, à vos frais, un rapport médical détaillé précisant entre autres :

- Le diagnostic
- La description de l'aggravation de votre état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle est survenue
- Le nouveau degré de votre incapacité de travail
- Le pronostic et d'autres renseignements utiles

2. Ou pour apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision (par exemple: modification de votre situation professionnelle et/ou familiale).

Passé ce délai et sans nouvelles de votre part (ou si les éléments, qui nous seraient apportés entre-temps, ne renfermaient rien de nouveau), nous devons considérer que vous n'avez pas rendu plausible la modification de votre degré d'invalidité et une décision de non-entrée en matière vous sera notifiée. »

**c)** Ayant obtenu une prolongation au 15 mai 2009, puis au 15 juin 2009, du délai pour fournir les renseignements médicaux requis, l'assurée, représentée par l'avocat Jean-Marie Agier, a produit le 15 juin 2009 un rapport médical établi le 6 avril 2009 par le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que les réponses

apportées par ce praticien dans un courrier du 25 mai 2009 aux questions posées par son conseil dans un courrier du 15 avril 2009.

Le rapport médical du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 6 avril 2009 a la teneur suivante :

"Nous suivons Mme L. \_\_\_\_\_ depuis le 3 février 2009. Elle se présente à notre consultation à raison d'un ou deux entretiens hebdomadaires.

Symptômes :

Mme L. \_\_\_\_\_ décrit :

des idées suicidaires, une anhédonie, envie de rien, absence d'intérêt pour tout et de confiance en elle, attaques de panique, "impression de mourir", peur de quitter la maison, impression d'être "emprisonnée, pas en sécurité", "tout lui fait peur", "ne vit pas", troubles du sommeil (insomnies / sommeil agité ou hypersomnie), envie de "ne faire rien d'autre que dormir pour oublier", absence d'énergie, épuisement, abattement, difficultés de concentration, malaises et autres symptômes physiques causés par ces symptômes psychologiques.

La patiente dit avoir "toujours vécu dans la peur". Selon elle, ces symptômes auraient commencé à se manifester vers l'âge de 20-22 ans, pour devenir de plus en plus aigus au fur et à mesure des divers traumatismes ou chocs émotionnels qu'elle aurait subis, ainsi que d'autres expériences douloureuses. Elle a notamment été mariée durant 7 ans, de 1991 à 1998, à un homme qui la battait et avec qui elle "vivait dans la terreur". Mme L. \_\_\_\_\_ dit n'avoir pas pu dormir durant toutes leurs années de vie commune "pour se protéger", et semble en garder d'importantes séquelles aujourd'hui encore, soit plus de 10 ans après leur séparation. Elle aurait déposé plainte à de nombreuses reprises, y compris après la séparation, car son mari l'aurait harcelée et menacée durant encore de nombreuses années, jusqu'en 2005 env. Mais elle n'aurait jamais été protégée par la police.

En 2008, Mme L. \_\_\_\_\_ reçoit une réponse négative à sa demande AI. Le fait de ne pas être crue rend ce refus très douloureux, et semble aggraver ses symptômes anxieux et dépressifs.

En 2007, Mme L. \_\_\_\_\_ prend connaissance de ce rapport d'expertise AI. Son état empire encore à ce moment-là. La patiente dit avoir "touché le fond", avoir été "totalement détruite par les mensonges de l'expert".

Aujourd'hui, elle se dit "détruite" par le fait d'avoir dû prouver durant 15 ans que son ex-mari la battait, la harcelait, était d'une violence physique et psychologique extrêmes, et qu'elle se retrouve à nouveau dans cette position de devoir sans cesse se battre pour prouver les atteintes à sa santé.

Quant à Monsieur R. \_\_\_\_\_, son compagnon depuis 5 ans, il décrit en entretien Mme L. \_\_\_\_\_ comme étant "toujours angoissée" et pleurant sans raison. Son état l'empêcherait de faire de nombreuses

choses, et elle aurait peur de tout dès qu'elle doit sortir de chez elle. "Elle a beaucoup besoin de points de repères, a peur d'être seule car il pourrait lui arriver quelque chose". A cause de cela, ils ne peuvent rien prévoir, car "un rien la stresse, l'énerve". Elle contacterait régulièrement son médecin lorsqu'elle est en pleurs ou angoissée.

Pour lui, son anxiété et son état dépressif sont invalidants. "Elle est toujours sur le qui-vive", elle fait "de monstres efforts pour s'éloigner un moment de la maison, mais ils ne peuvent rien faire". "Elle n'a jamais rien envie de faire, pas de plaisir pour rien, pas d'énergie, pas de motivation". Pour elle, "la moindre des choses est une montagne", et les conséquences sont importantes sur la relation de couple.

M. R. \_\_\_\_\_ "ne voit pas comment Mme L. \_\_\_\_\_ pourrait conserver un emploi alors que même à la maison elle doit s'arrêter à tous moments à cause de ses angoisses, qu'elle s'endort à tous moments durant la journée et serait incapable de se concentrer et de résister au moindre stress". Pour lui également, l'état de sa compagne aurait empiré ces deux dernières années, bien qu'elle fasse "tout son possible pour ne pas le montrer".

Nous constatons chez la patiente les diagnostics suivants :

Diagnostics :

F.41.1 : Anxiété majeure généralisée (échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton : 40 pts, soit dans le haut de l'échelle de l'anxiété majeure (sup. à 15 pts)), avec :

F.41.0 : Attaques de panique

F.40.0 : Agoraphobie

F.40.2 : Claustrophobie

F.44.6 : Anesthésie dissociative et atteintes sensorielles

F32.2 : Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (échelle d'appréciation de la dépression de Hamilton : 43 pts, soit un score dans le haut de l'échelle d'un état dépressif sévère (26 à 52)).

F50.4 : Hyperphagie associée à des perturbations psychiques

F51.0 : Insomnie non organique

Apnée physique et psychologique diagnostiquée par le Dr. N. \_\_\_\_\_ (Clinique de [...]); autres examens en cours au CHUV.

Nous avons établi nos diagnostics sur la base des :

- déclarations de la patiente
- déclarations de son compagnon
- nos impressions cliniques
- les résultats aux tests d'évaluation de la dépression et de l'anxiété de Hamilton

Nous pensons que Mme L. \_\_\_\_\_ est actuellement inapte au travail à 100% et soutenons sa demande de rente invalidité complète.

Nous restons évidemment à disposition pour tout complément d'information."

Dans son courrier du 25 mai 2009, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a répondu comme suit aux questions posées par le conseil de l'assurée :

« Nous avons bien reçu votre courrier du 8 ct, auquel nous pouvons vous répondre comme suit :

1. [Y a-t-il à l'heure actuelle chez Madame L. \_\_\_\_\_ d'autres troubles de la santé psychique que celui de trouble panique léger diagnostiqué par le docteur C. \_\_\_\_\_ dans son rapport à l'AI du 20 décembre 2005?]

Oui.

Diagnostics (cf. notre courrier du 6 avril) :

F. 41.1 : Anxiété majeure généralisée (échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton : 40 pts, soit dans le haut de l'échelle de l'anxiété majeure (sup. à 15 pts)), avec:

F. 41.0 : Attaques de panique

F. 40.0 : Agoraphobie

F. 40.2 : Claustrophobie

F. 44.6 : Anesthésie dissociative et atteintes sensorielles

F. 32.2: Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (échelle d'appréciation de la dépression de Hamilton : 43 pts, soit un score dans le haut de l'échelle d'un état dépressif sévère (26 à 52)).

F. 50.4 : Hyperphagie associée à des perturbations psychiques.

F. 51.0: Insomnie non organique.

Apnée physique et psychologique diagnostiquée par le Dr N. \_\_\_\_\_ (Clinique de [...]) ; autres examens en cours au CHUV.

2. [Dans l'affirmative, comme[nt] diagnostiquez-vous ces troubles?]

Cf. 1, ainsi que notre courrier du 6 avril.

3. [En cas de réponse affirmative à la question 2 ci-avant, les autres troubles que celui de trouble panique léger, sont-ils cause d'une incapacité de travail? Dans l'affirmative de quel ordre de grandeur (en pour cent) est cette incapacité de travail?]

Oui, nous estimons que l'ensemble des troubles mentionnées sous point 1. et 2. sont la cause et justifient pleinement une incapacité de travail à 100% (cf. notre courrier du 6 avril).

4. [En cas de réponse affirmative à la question 2, pouvez-vous dire depuis quand, selon toute vraisemblance, existent les troubles autres que celui de panique léger et en cas de réponse affirmative à la question 3 ci-avant, depuis quand, selon toute vraisemblance, existe l'incapacité de travail retenue en réponse à la question 3 ci-avant?]

4. Selon toute vraisemblance, les diagnostics suivants sont apparus :

F. 41.1 : à l'âge de 20 ans env. selon la PTe

F. 41.0: idem

F. 40.0: env. 3 ans plus tard selon la PTe

F. 40.2 : idem

F. 44.6: en 1990 env. selon la PTe

F. 32.2 : en 1991 env. selon la PTe, mais début d'un état dépressif de sévérité moindre dès l'âge de 19-20 ans, dont l'intensité n'aurait cessé d'augmenter au fil des ans.

F. 50.4 : dès l'âge de 26-28 ans selon la PTe

F. 51.0: dès l'âge de 20 ans selon la PTe. Des examens approfondis (polysomno-graphie nocturne) sont actuellement en cours au Centre d'Investigation et de Recherche sur le Sommeil du CHUV, ainsi qu'après du Dr N.\_\_\_\_\_ (pneumologue à la Clinique de [...]). »

d) Dans un avis médical SMR du 9 juillet 2009, le Dr V.\_\_\_\_\_ est arrivé, après analyse des documents médicaux produits, à la conclusion suivante :

« En résumé, [le courrier du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 25 mai 2009] mentionne des diagnostics psychiatriques dont le caractère invalidant n'est pas démontré, et qui sont tous antérieurs à la décision sur opposition.

Ils sont également tous antérieurs à l'expertise psychiatrique du Dr C.\_\_\_\_\_ du 20.12.2005 qui, soit ne les a pas trouvés, soit ne leur a pas accordé de valeur invalidante.

Le rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 6.4.2009, à l'attention de Me Agier, établit que l'assurée est suivie depuis le 3.2.2009, soit quelques jours après la demande de prestations. Ce document contient quasi exclusivement un résumé des déclarations de l'assurée et de son compagnon. Le status psychiatrique fait défaut.

Au vu de ce qui précède, on peut conclure qu'aucun des diagnostics mentionnés n'est postérieur à la DSO, qu'ils n'ont pas été retenus par l'expertise C.\_\_\_\_\_, ou que leur valeur incapacitant n'a pas été reconnue. Par conséquent, il n'y a pas de raison de modifier notre position. »

**C. a)** Le 1<sup>er</sup> septembre 2009, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, dont la motivation était la suivante :

« Vous avez déposé une nouvelle demande concernant l'octroi d'une rente.

[...]

Votre précédente demande de prestations avait été rejetée par décision sur opposition du 6 juin 2006 et confirmée par l'arrêt du Tribunal fédéral du 4 juin 2008. Un nouvel examen ne pourrait être envisagé que si vous rendez plausible que l'état de fait s'est modifié après cette date et qu'il est désormais susceptible de changer votre droit aux prestations.

A ce sujet, les documents médicaux que vous nous avez faits parvenir ont été soumis au service médical régional (SMR) et appellent les commentaires suivants :

L'anxiété majeure généralisée (F41.1) et les attaques de paniques seraient apparues à l'âge de 20 ans. Nous observons que ces troubles n'ont pas été retenus dans l'expertise du docteur C.\_\_\_\_\_, et qu'ils ne vous ont pas empêché[e] de travailler au moins jusqu'en 2004.

L'agoraphobie (F40.0) et la claustrophobie seraient apparues 3 ans plus tard. Les mêmes remarques que ci-dessus s'appliquent.

L'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (F44.6) seraient apparues en 1990. Les mêmes remarques s'appliquent.

L'épisode dépressif sévère (F32.2) remonte à 1991. Les mêmes remarques s'appliquent.

L'hyperphagie associée à des perturbations psychiques remonte à l'âge de 26-28 ans. Outre qu'il ne s'agit pas d'une atteinte invalidante, les mêmes remarques s'appliquent.

L'insomnie non organique (F51.0) serait présente depuis l'âge de 20 ans. Les mêmes remarques s'appliquent.

En résumé, ce document mentionne des diagnostics psychiatriques dont le caractère invalidant n'est pas démontré, et qui sont tous antérieurs à la décision sur opposition.

Ils sont également tous antérieurs à l'expertise psychiatrique du Docteur C.\_\_\_\_\_ du 20 décembre 2005 qui, soit ne les a pas trouvés, soit ne leur a pas accordé de valeur invalidante.

D'autre part, le rapport établi par le Docteur Q.\_\_\_\_\_ le 6 avril 2009 indique que vous êtes suivie depuis le 3 février 2009, soit quelques jours après déposé votre nouvelle demande de prestations. De plus, le statut psychiatrique fait défaut.

Au vu de ce qui précède, on peut conclure qu'aucun des diagnostics mentionnés n'est postérieur à la décision sur opposition, qu'ils n'ont pas été retenus par l'expertise du Docteur C.\_\_\_\_\_, ou que leur valeur incapacitante n'a pas été reconnue. Par conséquent, il n'y a pas de raison de modifier notre position.

Avec votre nouvelle demande, vous n'avez pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle. C'est pourquoi une autre appréciation d'un état de fait demeuré inchangé n'est pas possible. »

**b)** L'assurée a contesté personnellement ce projet de décision, son conseil lui ayant fait savoir qu'il ne voyait pas comment il pourrait contester les conclusions de l'avis médical SMR du Dr V.\_\_\_\_\_ du 9

juillet 2009, de sorte qu'il n'allait pouvoir contester ni le projet de décision du 1<sup>er</sup> septembre 2009 ni la décision qui suivrait.

A l'appui de sa contestation, l'assurée a produit un rapport médical rédigé en allemand le 27 février 2009 par le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à [...], ainsi qu'un rapport médical du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale à [...], du 9 mars 2009.

**c)** Ensuite d'un avis médical SMR du 5 janvier 2010 du Dr S.\_\_\_\_\_, qui relevait que l'expertise psychiatrique effectuée par le Dr C.\_\_\_\_\_ datait de 2005 et qu'une aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée n'était pas exclue depuis, l'assurée a été convoquée au SMR pour un examen clinique psychiatrique, qui a été effectué le 28 janvier 2010 par le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Le rapport de ce spécialiste, daté du 15 février 2010, contient une anamnèse détaillée, la description des plaintes actuelles de l'assurée, le status psychiatrique, les diagnostics et une appréciation du cas. Il en ressort en particulier ce qui suit :

« DIAGNOSTICS

- avec répercussion durable sur la capacité de travail :
  - AUCUN SUR LE PLAN PSYCHIATRIQUE
  
- sans répercussion sur la capacité de travail :
  - DYSTHYMIE (F 34.1).

APPRÉCIATION DU CAS

Assurée au bénéfice d'un CFC de boucher, ayant travaillé dans sa profession puis de 1986 à 2003 comme technicienne en stérilisation à l'Hôpital [...], au bénéfice d'une incapacité de travail à 100% depuis 2003, dépose une demande AI en 2004 aboutissant à un refus de prestations confirmé par un jugement du Tribunal cantonal des Affaires sociales en date du 21.06.2007, dépose une seconde demande AI en date du 09.07.2009 pour être « reconnue dans sa maladie et obtenir une rente ».

L'examen psychiatrique SMR met en évidence

> les éléments d'une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger, avec thymie bonne, sans tristesse

ni irritabilité, ruminations existentielles, sans idée noire, fatigabilité anamnétique sans trouble de concentration ou de mémoire, sans anhédonie, sans perte d'estime d'elle-même, sans repli social, sommeil perturbé par des rêves, appétit «monstrueux».

> le tableau est particulier de par sa fluctuation, avec à raison de 80% du temps des moments où elle se sent moins bien et « s'acharne sur un travail pour oublier » et de moments à raison de 20% du temps où elle se sent mieux, se fait plaisir à manger, jardiner, cuisiner et faire des Sudoku.

> l'intensité et la fluctuation du tableau évoque le diagnostic de dysthymie, où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquelles ils se sentent bien, mais la plupart du temps, ils se sentent fatigués et déprimés, tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est le cas de notre assurée.

L'assurée se plaignant d'un tableau algique, il nous paraît important d'apprécier l'aspect incapacitant de ce tableau algique au regard des critères de sévérité de la jurisprudence, à savoir:

- une comorbidité psychiatrique manifeste qui n'est pas retrouvée lors de l'examen, dans la mesure où le tableau d'une dysthymie ne peut participer d'une comorbidité
- une affection chronique s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable, l'aspect somatique du tableau semble extrêmement fluctuant
- une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie qui n'est pas retrouvée
- un état psychique cristallisé est difficile à mettre en évidence
- l'échec aux traitements ne peut être envisagé, dans la mesure où l'assuré dit bénéficier de sa relation avec sa psychologue.

L'ensemble des critères de la jurisprudence n'étant pas réunis, nous ne pouvons envisager l'aspect incapacitant du tableau algique.

Par ailleurs, notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitation fonctionnelle psychiatrique.

Apparaît au dossier une expertise psychiatrique du Dr C. \_\_\_\_\_, en date du 20.12.2005, ne retenant aucun diagnostic psychiatrique incapacitant. L'assurée déclare une aggravation du tableau à partir de 2007, mais qui reste tout de même contenue dans le diagnostic de dysthymie, n'ayant pas en soi une valeur invalidante au sens de l'Al.

A noter, en date du 25.05.2009, un rapport médical de l'Espace [...] dédié à la psychothérapie, sous la signature de Mme H.\_\_\_\_\_, psychologue-psychothérapeute FSP et du Dr Q.\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute FMH, envisageant comme diagnostic

- o F 41.1 anxiété majeure généralisée,
- o F 41.0 attaque de panique,
- o F 40.0 agoraphobie,
- o F 40.2 claustrophobie,
- o F 44.6 anesthésie dissociative et atteinte sensorielle,
- o F 32.2 épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique,
- o F 50.4 hyperphagie associée à des perturbations psychiques,
- o F 51.0 insomnies non organiques.

Pour ce qui concerne le diagnostic d'anxiété majeure généralisée, nous avons déjà évoqué, lors de l'examen, une fréquence de crises à hauteur de 2 x par mois, ce qui, d'après la CIM-10, ne revêt pas un caractère invalidant. Pour ce qui concerne les diagnostics d'attaques de panique, agoraphobie, claustrophobie, nous ne retrouvons pas de critère-symptôme permettant d'envisager ce diagnostic. Pour ce qui concerne l'épisode dépressif sévère F32.2, nous ne retrouvons pas les critères-symptômes de ce diagnostic, qui semble être évoqué pour la première fois, sans précision de date d'aggravation ni d'évolution. Il est à noter aussi que l'ensemble de ces diagnostics n'est pas soutenu par un status détaillé permettant d'expliquer la démarche diagnostique.

A noter qu'un autre rapport médical en date du 06.04.2009 précise que l'état de l'assurée est réactionnel au fait d'avoir pris connaissance du rapport d'expertise AI en 2007 (page 2). Dans ces conditions, nous ne pouvons suivre les diagnostics proposés par la psychologue-déléguée qui suit l'assurée puisque la durée classiquement admise d'un épisode réactionnel ne permet pas d'envisager un processus morbide relevant de l'article 4 Lai.

Nous pouvons donc conclure que l'examen psychiatrique SMR ne met pas en évidence une maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée. »

**d)** Le 2 juillet 2010, l'OAI a rendu une décision identique à son projet de décision du 1<sup>er</sup> septembre 2009, accompagnée d'une lettre explicative dont la teneur est la suivante :

« En date du 1<sup>er</sup> septembre 2009, nous vous avons adressé un projet de décision de refus de rente d'invalidité.

Dans le cadre de l'audition déposée le 8 octobre 2009 ainsi que vos lignes du 9 octobre 2009, vous contestez essentiellement, l'évaluation médicale de votre situation et vous joignez à cette dernière un rapport médical du Docteur F.\_\_\_\_ du 27 février 2009 et du Docteur J.\_\_\_\_ du 9 mars 2009.

Nous avons soumis lesdits rapports au Service médical régional (SMR) pour avis.

Le SMR relève qu'une aggravation de votre état de santé n'étant pas exclue depuis l'expertise psychiatrique effectuée par le Docteur C. \_\_\_\_\_ en 2005, un nouvel examen psychiatrique semble nécessaire afin de déterminer les répercussions sur la capacité de travail exigible au sens de l'AI.

Au vu de ce qui précède, vous avez été convoquée par le SMR pour un examen clinique qui a eu lieu le 28 janvier 2010.

Il ressort de cet examen qu'en ce qui concerne le tableau algique (anesthésie dissociative, atteinte sensorielle, hyperphagie associée à des perturbations psychiques), l'aspect incapacitant ne réunit pas les critères de sévérité de la jurisprudence, à savoir:

1. Une comorbidité psychiatrique manifeste qui n'est pas retrouvée lors de l'examen, dans la mesure où le tableau d'une dysthymie ne peut pas participer à une comorbidité.
2. Une affection chronique se fondant sur plusieurs années, sans rémission durable, l'aspect somatique du tableau semble extrêmement fluctuant.
3. Une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie qui n'est pas retrouvée.
4. Un état psychique cristallisé est difficile à mettre en évidence.
5. L'échec au traitement ne peut être envisagé, dans la mesure où vous dites bénéficier de votre relation avec votre psychologue.

Par ailleurs l'examen psychiatrique SMR n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, des troubles phobiques, des troubles de personnalité morbide, des syndromes douloureux somatoformes persistants incapacitants, de perturbation de l'environnement psychosocial, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique.

Par rapport au diagnostic d'anxiété majeure généralisée, l'examineur évoque, lors de l'examen, une fréquence de crises à hauteur de 2/mois, ce qui, d'après la CIM-10, ne revêt pas un caractère invalidant. Pour ce qui concerne le diagnostic d'attaques de panique, agoraphobie, il ne retrouve pas de critère-symptôme permettant d'envisager ce diagnostic. Pour ce qui concerne l'épisode dépressif sévère (F32.2), selon l'examineur, l'assurée ne réunit pas les critères-symptômes de ces diagnostics. Il note aussi que l'ensemble de ces diagnostics n'est pas soutenu par un status détaillé permettant d'expliquer la démarche diagnostique.

On peut conclure que l'examen psychiatrique SMR ne met pas en évidence une maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte de la capacité de travail de longue durée.

Au vu de ce qui précède, les arguments avancés dans le cadre de l'audition ne sauraient être de nature à modifier notre position.

Par conséquent, vous trouverez ci-joint une décision conforme à notre projet de décision du 1<sup>er</sup> septembre 2009 contre laquelle vous pourrez recourir, en cas de désaccord, dans les 30 jours auprès du Tribunal cantonal. »

**D.**           **a)** Par acte du 23 juillet 2010, l'assurée a recouru contre la décision de l'OAI du 2 juillet 2010. Elle conteste le rapport d'expertise du 28 janvier 2010 sur lequel s'appuie cette décision, en faisant valoir que ce rapport ne tient pas compte de son état de santé psychique et physique, tel qu'il résulte des attestations établies par ses médecins.

Invitée à indiquer les motifs et conclusions de son recours, la recourante a indiqué le 25 août 2010 qu'elle contestait tant l'expertise réalisée en 2005 par le Dr C. \_\_\_\_\_ que l'examen clinique effectué le 28 janvier 2010 au SMR, qui ne tiendraient pas compte de ses souffrances. Elle a en outre produit un rapport médical établi le 10 août 2010 par le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pneumologie qui la suit depuis le 17 mars 2009 et diagnostique notamment des troubles du sommeil pouvant exacerber des symptômes de type anxio-dépressif. Elle conclut à la réforme de la décision attaquée dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

La recourante s'est acquittée de l'avance de frais de 400 fr. qui lui a été demandée.

**b)** Dans sa réponse du 12 novembre 2010, l'OAI indique qu'il n'a rien à ajouter à sa décision du 2 juillet 2010, ainsi qu'à sa lettre d'accompagnement du même jour, qu'il ne peut que confirmer. Il propose dès lors le rejet du recours.

**c)** La recourante n'a pas fait usage de la possibilité qui lui a été donnée, dans un délai fixé au 17 décembre 2010, de fournir des explications complémentaires ou de requérir des mesures d'instruction complémentaires.

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

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

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

**c)** Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile par L. \_\_\_\_\_ contre la décision rendue le 2 juillet 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47)

et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** Selon l'art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI ; 831.201), dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2004 (RO 2004 743), 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. De même, lorsqu'une rente avait été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions posées à l'art. 87 al. 3 RAI sont remplies (art. 87 al. 4 RAI). Cette exigence 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 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). Ainsi, 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'entrer en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a; TF 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 1.2).

Si l'administration entre en matière sur la demande de révision, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (TFA I 187/05 du 11 mai 2006, consid. 1.2). Pour cela, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la première décision de refus de rente et les circonstances existant lors de la décision sur la demande de révision (ATF 133 V 108 consid. 5; cf. ATF 130 V 343

consid. 3.5.2; 125 V 368 consid. 2 et la référence citée; TFA I 187/05 du 11 mai 2006, consid. 1.2).

**b)** En l'espèce, à réception de la demande de révision présentée le 28 janvier 2009 par la recourante, l'OAI, considérant que celle-ci n'avait pas rendu plausible que son invalidité s'était modifiée, lui a imparti un délai de 30 jours, qui a ensuite été prolongé au 15 juin 2009, pour produire un rapport médical détaillé rendant plausible l'aggravation de son état de santé. Donnant suite à cette invitation, la recourante a produit le 15 juin 2009 un rapport médical établi le 6 avril 2009 par le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que les réponses apportées par ce praticien dans un courrier du 25 mai 2009 aux questions posées par son conseil dans un courrier du 15 avril 2009 (cf. lettres B.b et B.c supra). Considérant que ces documents ne rendaient pas plausible une modification de l'invalidité de la recourante, l'OAI lui a adressé le 1<sup>er</sup> septembre 2009 un projet de décision de refus d'entrer en matière (cf. lettre C.a supra). La recourante a contesté ce projet de décision, en produisant à l'appui de sa contestation un rapport médical rédigé en allemand le 27 février 2009 par le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à [...], ainsi qu'un rapport médical du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale à [...], du 9 mars 2009 (cf. lettre C.b supra).

Ensuite d'un avis médical SMR du 5 janvier 2010 du Dr S.\_\_\_\_\_, qui relevait que l'expertise psychiatrique effectuée par le Dr C.\_\_\_\_\_ datait de 2005 et qu'une aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée n'était pas exclue depuis, l'assurée a été convoquée au SMR pour un examen clinique psychiatrique, qui a été effectué le 28 janvier 2010 par le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (cf. lettre C.c supra). Il appert ainsi que dans le cadre de la procédure d'audition consécutive à son projet de décision du 1<sup>er</sup> septembre 2009, l'OAI a considéré qu'une aggravation de l'état de santé psychique de la recourante n'était pas exclue - en d'autres termes, qu'elle était à ce stade plausible - et a instruit la cause en ordonnant un examen clinique psychiatrique au SMR afin de déterminer si l'état de

santé de la recourante s'était effectivement modifié de manière à influencer ses droits. Dans ces conditions, l'OAI ne pouvait plus rendre une décision de refus d'entrer en matière, puisqu'il était de fait entré en matière sur la demande de révision en instruisant le dossier, mais aurait dû statuer sur le fond en rejetant la demande de prestations s'il estimait que les conditions d'une révision de la décision sur opposition rendue le 6 juin 2006 par l'OAI Fribourg (cf. lettre A.b supra) n'étaient pas réalisées.

**3. a)** Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (qui reprend l'ancien art. 41 LAI, abrogé lors de l'entrée en vigueur de la LPGA), lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les dispositions précitées; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1; 130 V 343 consid. 3.5; 113 V 273 consid. 1a; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 p. 351, 125 V 368 consid. 2 et la référence citée).

**b)** Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

**c)** L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée,

qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43 ; TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2.).

**d)** En l'espèce, la première demande de prestations AI déposée par l'assurée avait été rejetée par décision sur opposition rendue le 6 juin 2006 par l'OAI Fribourg, contre laquelle l'assurée avait recouru en vain auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal administratif du canton de Fribourg puis auprès du Tribunal fédéral ; cette décision reposait en particulier sur une expertise psychiatrique indépendante du Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, dont il ressortait que l'assurée ne présentait pas de troubles psychiques invalidants au sens de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (cf. lettres

A.b à A.c supra). Il convient dès lors d'examiner si un changement important s'est produit, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision sur opposition de l'OAI Fribourg du 6 juin 2006 avec les circonstances régnant à l'époque de la décision de l'OAI Vaud du 2 juillet 2010 présentement attaquée (cf. consid. 3a supra).

**e)** A l'appui de sa nouvelle demande de prestations, la recourante a produit le 15 juin 2009 un rapport médical établi le 6 avril 2009 Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que les réponses apportées par ce praticien dans un courrier du 25 mai 2009 aux questions posées par son conseil dans un courrier du 15 avril 2009 (cf. lettres B.b et B.c supra). Il en ressort que la recourante a été suivie par ce praticien depuis le 3 février 2009, soit quelques jours après sa nouvelle demande de prestations du 28 janvier 2009. L'appréciation du Dr Q.\_\_\_\_\_ selon laquelle la recourante serait inapte au travail à 100% repose quasi exclusivement sur les déclarations de l'assurée et de son compagnon, le status psychiatrique n'étant pas décrit. Par ailleurs, tous les diagnostics mentionnés par le Dr Q.\_\_\_\_\_ seraient apparus entre l'âge 19-20 et celui de 26-28 ans, soit bien antérieurement à la décision sur opposition du 6 juin 2006, de sorte que l'avis au demeurant peu étayé de ce praticien ne constitue qu'une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée et ne permet pas de retenir une modification de l'invalidité depuis la décision sur opposition du 6 juin 2006, laquelle reposait sur une expertise psychiatrique indépendante du Dr C.\_\_\_\_\_ qui n'a pas retenu de troubles psychiques incapacitants.

Dans le cadre de sa contestation du projet de décision du 1<sup>er</sup> septembre 2009, la recourante a encore produit un rapport médical rédigé en allemand le 27 février 2009 par le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à [...], ainsi qu'un rapport médical du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale à [...], du 9 mars 2009 (cf. lettre C.b supra), qui ont conduit l'OAI à considérer qu'une aggravation de l'état de santé psychique de la recourante n'était pas exclue depuis 2005. Afin de déterminer si une telle aggravation s'était effectivement produite, la recourante a été convoquée au SMR pour un examen clinique

psychiatrique, qui a été effectué le 28 janvier 2010 par le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (cf. lettre C.c supra). Le rapport de ce spécialiste, daté du 15 février 2010, répond à toutes les exigences posées par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante lui soit accordée (cf. consid. 3c supra). Il contient en effet une anamnèse détaillée, prend dûment en considération les plaintes de la recourante ainsi que les éléments objectifs (status psychiatrique), il décrit clairement le contexte médical et ses conclusions, à savoir que la recourante ne présente aucun trouble psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée, sont bien motivées et convaincantes. Le Dr D.\_\_\_\_\_ explique en outre dûment les raisons pour lesquelles il s'écarte des conclusions des médecins traitants de la recourante, qui ne sont ainsi pas de nature à remettre en cause les conclusions claires, parfaitement motivées et convaincantes du rapport d'examen clinique psychiatrique du 15 février 2010.

**f)** Dans ces conditions, la cour de céans retient que l'état de santé de la recourante ne s'est pas aggravé, depuis la décision de refus de prestations rendue en 2006, de manière à influencer son droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Il s'ensuit que l'OAI aurait dû rejeter la demande de révision présentée par la recourante, plutôt que de rendre une décision de non-entrée en matière alors qu'il était de fait entré en matière sur la demande de révision en instruisant le dossier ensuite de la contestation par la recourante du projet de décision du 1<sup>er</sup> septembre 2009 (cf. consid. 2b supra).

**4.** Il résulte de ce qui précède que la décision attaquée doit être réformée en ce sens que la demande de révision présentée le 28 janvier 2009 par la recourante est rejetée. Vu l'issue du litige, qui entraîne formellement l'admission partielle du recours, seul un émolument judiciaire réduit, qu'il y a lieu de fixer à 200 francs, sera mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, puisque la recourante a procédé sans l'assistance

d'un mandataire et n'a donc pas dû engager de frais pour défendre ses intérêts (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGa).

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

- I. Le recours est partiellement admis.
- II. La décision rendue le 2 juillet 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que la demande de révision présentée le 28 janvier 2009 par la recourante L.\_\_\_\_\_ est rejetée.
- III. Un émolument judiciaire réduit de 200 fr. est mis à la charge de la recourante.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- 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 :