

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 août 2012

---

Présidence de       Mme     BRÉLAZ BRAILLARD  
Juges     :       Mme Thalmann et M. Métral  
Greffière     :       Mme     Berberat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par le Centre social protestant, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 17 LPGA et 87 al. 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** Le 1<sup>er</sup> février 2008, B.\_\_\_\_\_, née en 1974, de nationalité M.\_\_\_\_\_, en Suisse depuis 2001 (au bénéfice d'un permis F), a déposé une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente en raison de dépression et de douleurs diffuses présentes depuis 7 ans. Le 25 février 2008 (formulaire 531 bis), elle a rempli un complément à sa demande en déclarant qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 100 % dans le domaine du nettoyage ou du ménage par nécessité financière notamment.

Dans un rapport médical du 23 juin 2008, le Dr J.\_\_\_\_\_ de la Polyclinique ???.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée de trouble psychotique non spécifié (F 29) et d'hypoacousie appareillée. Il a toutefois estimé que les douleurs diffuses sur hypovitaminose D sévère substituée notamment n'avait pas d'influence sur sa capacité de travail. Il a indiqué que la patiente éprouvait d'importantes difficultés d'adaptation et qu'elle était dans l'incapacité de communiquer dans une autre langue que la langue M.\_\_\_\_\_, élément probablement secondaire à un léger retard mental et à la psychose connue (hallucinations auditives, incapacité sévère de pouvoir gérer le quotidien de façon autonome [exemple : la prise de médicaments]). Il a relevé que le pronostic était précaire, en particulier du fait de la psychose et du probable retard mental léger. Le pronostic était également réservé pour sa fille V.\_\_\_\_\_, née le [...] avril 2008. Plusieurs documents médicaux ont été annexés au rapport de la Polyclinique ???.\_\_\_\_\_. Tout d'abord, un rapport du 7 novembre 2006 du Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin-assistant à la fondation de T.\_\_\_\_\_, qui a retenu un trouble psychotique non spécifié (F29) en indiquant les éléments suivants s'agissant des hospitalisations de l'assurée :

"La décompensation psychotique qui a mené à la première hospitalisation de cette patiente du 13 juin au 17 juillet 2006 est à mettre en lien avec la brusque perte d'étayage qu'a représenté son emménagement dans un appartement, seule, chez une patiente présentant vraisemblablement une fragilité psychique et une probable structure psychotique de la personnalité. D'autre part la difficulté de stabilisation psychique malgré la médication neuroleptique à l'hôpital a pu être expliquée par l'effet inducteur

enzymatique du Rifinah sur le Zyprexa qui, après dosage sanguin a dû être augmenté à une dose plus importante, suite à quoi l'état psychique de la patiente s'est rapidement amélioré.  
(...)

La seconde hospitalisation, le 25.09.06 a été motivée par l'apparition de troubles du sommeil, d'un état dépressif et de la réapparition d'hallucinations auditives l'enjoignant à se faire du mal. Il est difficile de mettre clairement en évidence un facteur déclenchant pour cette seconde décompensation psychotique si ce n'est que son entourage a observé les premiers symptômes à l'arrêt de la médication antituberculeuse".

En outre, dans un rapport intitulé "remise de service juin 2007" mais daté du 6 juillet 2007, les Drs D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, et W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, respectivement chef de clinique et médecin-assistante à la Policlinique ???\_\_\_\_\_, ont notamment mentionné un état dépressif compensé sous traitement, précisant que la patiente allait beaucoup mieux.

Enfin, dans un rapport intitulé "remise de service février 2008", daté du 8 février 2008, les Drs G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, et L.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin-assistante à la Policlinique ???\_\_\_\_\_, ont notamment exposé ce qui suit :

- "Problèmes en cours :**
1. Grossesse (terme prévu 15.04.2008)
  2. Etat dépressif compensé
  3. Status après douleurs diffuses sur hypovitaminose D sévère, substituée
  4. Status après hypovitaminose B12 et folates, substituée
  5. Hypoferritinémie
  6. Status post tuberculose ganglionnaire traitée de janvier à septembre 2006.
  7. Prise pondérale
  8. Constipation chronique
  9. Dysphagie aux solides
  10. Perturbation persistance de la phosphatase alc.
  11. Hypoacousie appareillée

**Discussion :**

Patiente de nationalité M.\_\_\_\_\_, musulmane, ayant quitté son pays il y a 5 ans pour fuir la guerre. Son mari, resté au pays, serait décédé l'année passée. La patiente n'a que peu de nouvelles de sa mère et de ses 4 sœurs également restées en M.\_\_\_\_\_. Elle a eu des difficultés d'adaptation dans le centre de vie de Fareas depuis son arrivée en Suisse et souffre particulièrement de l'éloignement de sa famille et d'isolement. Suite à l'emménagement dans un appartement à [...] en juin 2006, elle a été hospitalisée pour une

décompensation psychiatrique dans le contexte d'un traitement de tuberculose. Elle a été transférée à [...] dans le but de se rapprocher de la communauté M.\_\_\_\_\_ de [...] à l'automne 2006 et vit actuellement dans un appartement (certificat fait par la Polyclinique ???.).

**Ad 1** : la patiente a fait la connaissance d'un compatriote, également requérant d'asile, ils ont été mariés selon le rythme musulman mais les démarches en vue d'un mariage civil restent à faire. La patiente est actuellement enceinte de 6 mois, grossesse qu'elle désirait et qui est bien accueillie par sa famille et le reste de la communauté M.\_\_\_\_\_. La situation est toutefois difficile vu l'éloignement de son conjoint qui habite actuellement dans un centre de requérant à [...] et qui ne peut effectuer les trajets jusqu'à [...] qu'assez rarement. Des démarches sont actuellement en cours en vue de faciliter un rapprochement. La grossesse se déroule de façon harmonieuse avec un suivi régulier en gynécologie. Le terme est prévu pour le [...] 2008.

**Ad 2** : patiente hospitalisée en juin et septembre 2006 en psychiatrie pour état dépressif avec notion de symptôme psychotique dans le contexte d'un traitement de la tuberculose. Sur le plan psychiatrique. La patiente a été suivie à la Polyclinique ???\_\_\_\_\_ en quelques consultations conjointes avec le Dr Z.\_\_\_\_\_. Un traitement de Zyprexa, d'Effexor et Temesta a été progressivement sevré lorsque la patiente envisageait la grossesse et actuellement il reste le Zyprexa 2,5 mg/j. La patiente va mieux, sans signe dépressif ni psychotique. Toutefois, elle présente une importante détresse liée à son isolement social et familial (d'autant plus dans le contexte de la grossesse). (...)

Dans un rapport complémentaire du 24 juillet 2008, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, chef de clinique à la Polyclinique ???\_\_\_\_\_, a retenu une probable schizophrénie paranoïde (F 20) présente depuis 2006 au moins en tant que diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de sa patiente. Cette dernière n'ayant jamais travaillé en Suisse, il ne s'est pas prononcé sur sa capacité de travail, se limitant à indiquer qu'en cas d'évolution favorable, une reprise d'activité était possible. Il a précisé que l'évolution était marquée par une fluctuation avec des périodes d'amélioration et de péjoration, notamment depuis la naissance de son enfant en avril. Le 21 juillet, la patiente avait été hospitalisée d'office à l'hôpital P.\_\_\_\_\_ en raison d'angoisses et de résurgences d'hallucinations auditives. Le traitement médicamenteux était délivré une fois par semaine par le centre de santé infirmier (CSI), la patiente étant le plus souvent compliant au traitement. Cette dernière se présentait de manière très aléatoire aux consultations, mais était suivie de manière très serrée par le CSI et des

infirmières se rendaient de manière pluridisciplinaire à son domicile. Au vu de ces éléments, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a préconisé une prise en charge en foyer mère-enfant afin d'offrir un cadre solide et rassurant à l'assurée.

Dans un rapport du 6 novembre 2008, la Dresse X. \_\_\_\_\_, chef de clinique à l'hôpital psychiatrique P. \_\_\_\_\_, a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F 32.11), de troubles mentaux compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité (O99.3) et d'intelligence limite. La patiente a été hospitalisée du 21 juillet au 8 septembre 2008. La Dresse X. \_\_\_\_\_ a ainsi expliqué qu'après son retour à la maison suite à son accouchement, la patiente se montrait après deux semaines dans l'incapacité de sortir de chez elle, passait ses journées au lit, alors que sa fille apparaissait comme une poupée de chiffon, peu réactive et en retrait. C'est dans ce contexte qu'une évaluation psychiatrique est demandée en urgence qui conclut à la nécessité d'une hospitalisation d'office en raison d'une symptomatologie dépressive avec la possibilité de symptômes psychotiques. La symptomatologie précitée a disparu dans un cadre contenant comme l'hôpital, la psychiatre se montrant toutefois réservée au niveau du pronostic. En effet, la patiente vivait dans une situation de précarité extrêmement importante, puisqu'elle ne parlait pas le français et qu'elle vivait seule, son mari ayant décidé de se séparer définitivement d'elle. Elle n'avait donc personne pour la soutenir dans l'éducation de son enfant, le seul entourage étant professionnel. Elle a attesté une totale incapacité de travail pendant la période d'hospitalisation.

Au vu de ces éléments, le Dr N. \_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'AI (SMR) a préconisé une expertise psychiatrique afin de s'assurer des atteintes à la santé de l'assurée, de leur évolution, de l'observance thérapeutique et de possibles limitations fonctionnelles psychiques (avis médical du 16 janvier 2009).

Dans un rapport du 4 septembre 2009, le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a estimé que l'assurée ne présentait aucun diagnostic psychiatrique, le trouble dépressif récurrent

(en rémission) n'ayant pas de répercussion sur sa capacité de travail. S'agissant de l'appréciation du cas, l'expert a notamment exposé les éléments suivants :

"L'assurée est une ressortissante M. \_\_\_\_\_ venue en Suisse. Elle a d'emblée fait preuve de pauvres capacités adaptatives, paraissant déjà peu voire mal intégrée dans la diaspora M. \_\_\_\_\_. Elle reste relativement isolée. Elle a actuellement besoin d'un soutien psychosocial très important pour faire face à ses responsabilités personnelles et de mère de famille. L'impression clinique est bien plus celle d'une personne déracinée que celle d'une malade mentale, au sens biomédical du terme.

En l'état, la présentation médicale est pleinement rassurante. Mme B. \_\_\_\_\_ est quasiment asymptomatique. Elle n'a plus de médication psychotrope. Elle dit elle-même qu'elle se porte bien et qu'elle ne présente plus les troubles psychiques qu'elle a présentés dans le passé.

D'un point de vue médical, il n'y a pas de limitation psychiatrique, en l'état. Il n'y a pas davantage d'incapacité de travail relevant de la spécialité du soussigné. On peut être formel sur ce point.

Pour la période qui précède, on peut admettre des incapacités de travail, au moment des épisodes dépressifs. Ces incapacités sont toujours difficiles à chiffrer et à dater après coup".

Le Dr S. \_\_\_\_\_ a, compte tenu des différentes périodes d'hospitalisation de l'assurée, attesté une incapacité de travail de 100 % du 1<sup>er</sup> juin 2006 au 30 mai 2007, puis du 1<sup>er</sup> mars au 30 septembre 2008. En dehors de ces périodes, l'expert n'a retenu aucune incapacité de travail psychiatrique, les carences adaptatives, l'intelligence limite et le décalage socioculturel ne relevant pas de l'assurance-invalidité. Le traitement actuel pouvait être considéré comme optimal tant en qualité qu'en quantité, au vu du suivi conjoint de médecine interne et de psychiatrie, ainsi que d'un étayage psychosocial conséquent. Le Dr S. \_\_\_\_\_ a toutefois indiqué que l'on pouvait s'attendre à des rechutes lors de situations de stress ou de surcharge.

**B.** Par décision du 28 janvier 2010, confirmant un projet de décision du 1<sup>er</sup> décembre 2009, l'OAI a rejeté la demande de rente présentée par l'assurée, en retenant les éléments suivants :

- "Selon les renseignements en notre possession, vous êtes au bénéfice de l'aide sociale.
- A réception des renseignements médicaux requis quant à l'instruction de votre demande, votre dossier a fait l'objet d'un examen approfondi par le Service Médical Régional (SMR).
- Les éléments n'étant pas suffisants pour se déterminer, nous avons mandaté le Dr S.\_\_\_\_\_ à [...] en date du 1<sup>er</sup> avril 2009 en vue de l'établissement d'une expertise psychiatrique.
- L'expertise a été réalisée le 1<sup>er</sup> septembre 2009 avec une interprète M.\_\_\_\_\_/français.
- A réception de celle-ci, votre dossier a une nouvelle fois fait l'objet d'un examen par le Service Médical Régional (SMR).
- Au vu de ce qui précède, nous constatons que vous avez présenté une incapacité de travail complète du 1<sup>er</sup> mars 2008 au 30 septembre 2008.
- En l'espèce, vous n'avez pas présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne sur une année sans interruption notable.
- Comme votre capacité de travail est raisonnablement exigible à 100 % dès le 1<sup>er</sup> octobre 2008, nous constatons que le droit aux prestations n'est pas ouvert".

Cette décision est entrée en force.

**C.** Le 10 novembre 2010, B.\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI tendant à l'octroi d'une rente en raison d'une atteinte psychiatrique. Dans un rapport médical du 27 décembre 2010, le Dr R.\_\_\_\_\_, chef de clinique à la Polyclinique ???,\_\_\_\_\_ a exposé les éléments suivants :

"En conclusion sur le plan psychopathologique, nous constatons chez cette patiente une période prodromique en 2004 et 2006 avec des symptômes peu spécifiques de type symptôme de base de la schizophrénie avec une composante thymique importante. En 2006, la patiente présente une décompensation de type psychotique sous traitement antituberculeux nécessitant une hospitalisation en milieu psychiatrique. En avril 2008, la patiente présente une symptomatologie dépressive avec symptômes psychotiques dans le contexte d'une fin de grossesse difficile par l'abandon du père de l'enfant et par la situation sociale précaire. Cette période se solde par une hospitalisation mère bébé en milieu psychiatrique. Durant les 2 années qui suivent, nous constatons d'abord une amélioration de la symptomatologie de psychose du postpartum sous un traitement antidépresseur et neuroleptique, ce qui nous permet d'arrêter ce traitement. Dans le cadre de modifications de son lieu de vie, de l'intervention du SPJ et de changement de médecin, la patiente présente à nouveau une recrudescence de symptômes psychotiques sous forme d'hallucinations acoustico-verbales, de sentiment de persécution, d'idées délirantes de type mystique. Ces divers éléments nous permettent de conclure que cette patiente souffre probablement d'une schizophrénie paranoïde intermittente.

Pour cette raison, nous estimons qu'elle présente une incapacité de travail à 100 %".

Par avis médical du 7 février 2011, le Dr N. \_\_\_\_\_ du SMR a constaté que le certificat médical du Dr R. \_\_\_\_\_ retenait une atteinte à la santé psychique existant depuis 2006. Il y avait depuis lors des fluctuations de l'état de santé sans fait nouveau, de sorte qu'il n'y avait pas d'évolution depuis l'expertise psychiatrique du Dr S. \_\_\_\_\_. Il s'agissait dès lors tout au plus d'une appréciation différente d'une situation similaire.

Par décision du 28 mars 2011, confirmant un projet de décision du 15 février 2011, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, l'intéressée n'ayant pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle. L'OAI a en outre considéré qu'une autre appréciation d'un état de fait demeuré identique n'était pas envisageable.

**D.** Par acte de son mandataire du 6 avril 2011, B. \_\_\_\_\_ interjette recours contre la décision précitée. Elle conclut implicitement à sa réforme en ce sens que l'intimé est tenu d'entrer en matière sur sa demande de prestations déposée le 3 novembre 2010, ainsi qu'au renvoi du dossier à l'intimé pour la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Compte tenu de son indigence, elle demande en outre à ce qu'il soit renoncé à toute avance de frais. La recourante fait valoir que le rapport médical du 27 décembre 2010 de la Policlinique \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ démontre clairement une aggravation de la symptomatique psychotique. Elle estime que son droit d'être entendue a dès lors été violé, dans la mesure où l'intimé n'a pas soumis le rapport précité à une nouvelle évaluation médicale, se limitant à considérer que l'état de fait n'avait pas évolué.

Le 9 mai 2011, la recourante a transmis une attestation médicale du 14 avril 2011 du Dr R. \_\_\_\_\_ lequel a estimé que sa patiente présentait une incapacité de travail à plein temps et pour une durée

indéterminée en raison d'une pathologie psychiatrique chronique complexe comprenant des symptômes psychotiques et des symptômes dépressifs. Il a précisé qu'au cours de la période allant du 27 décembre 2010 au 15 avril 2011, il avait pu constater, après une période d'amélioration, une nouvelle péjoration des symptômes.

Par décision du 16 juin 2011 (AJ11.001428), la juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire et l'a par conséquent exonéré d'avances de frais.

Dans sa réponse du 21 juillet 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours, confirmant que le rapport médical du 27 décembre 2010 n'était pas de nature à rendre plausible une modification de l'état de santé de la recourante. S'agissant du rapport du 14 avril 2011 de la Policlinique ???., l'intimé a estimé qu'il échappait au pouvoir d'examen de l'autorité de recours laquelle était limitée à la question de l'entrée en matière de la nouvelle demande de la recourante. L'intimé a toutefois sollicité le point de vue du SMR, qui par avis du 24 juin 2011, a estimé qu'après une période d'amélioration, le Dr R. \_\_\_\_\_ avait décrit une nouvelle péjoration des symptômes. Le SMR a conclu que l'aggravation était dès lors plausible, mais qu'il appartenait à la Cour d'ordonner un complément d'expertise psychiatrique auprès du Dr S. \_\_\_\_\_.

Dans sa réplique du 24 août 2011, la recourante maintient que le rapport du 27 décembre 2010 était suffisamment probant quant à une aggravation de l'état de santé pour que l'intimé ne puisse conclure à un refus d'entrer en matière. La recourante fait dès lors valoir que les conditions d'un réexamen au fond étaient remplies à cette date déjà et qu'une nouvelle décision devait être prise après expertise.

Dans sa duplique du 9 septembre 2011, l'intimé a considéré que le rapport médical du 27 décembre 2010 n'apportait pas de fait nouveau, mais soulignait l'existence de fluctuations de l'état de santé psychique, à l'instar de ce qui avait été relevé dans le rapport d'expertise du 4 septembre 2009 du Dr S. \_\_\_\_\_. Il s'agissait ainsi d'une appréciation

différente d'une situation similaire. Se référant à l'avis médical du 24 juin 2011 du SMR, l'intimé a relevé que les informations déterminantes pour admettre la plausibilité de l'aggravation de l'état de santé provenaient du rapport du 14 avril 2011, soit un document produit en procédure contentieuse, de telle sorte qu'il échappait au pouvoir d'examen du Tribunal dans le cadre d'un litige portant sur une décision de refus d'entrée en matière

Par courrier du 28 septembre 2011 adressé directement à l'intimé et transmis en copie à la Cour, la recourante se fondant sur l'avis du SMR a proposé de rendre une décision sur le taux d'invalidité et le droit à la rente dès le 14 avril 2011, le contentieux actuellement soumis au Tribunal ne portant plus que sur le montant du rétroactif.

Dans sa réponse du 26 octobre 2011 adressée directement à la recourante et remis en copie au Tribunal, l'intimé a contesté avoir reconnu le rapport médical du 14 avril 2011 du Dr R. \_\_\_\_\_ comme une preuve de l'aggravation de l'état de santé de la recourante, et ajouté en outre ce qui suit :

"Tant dans notre préavis du 21 juillet 2011 que dans notre duplique du 9 septembre 2011, ce qui a été avancé est que le rapport médical en question rendait plausible (au sens des art. 87 al. 3 et 4 RAI) l'hypothèse selon laquelle l'état de santé se serait aggravé, étant précisé que ledit rapport ne pouvait être pris en compte dans le cadre de la procédure judiciaire initiée par le recours déposé contre notre décision de refus d'entrée en matière du 28 mars 2011, et qu'il ne pourrait l'être qu'en cas de dépôt d'une nouvelle demande (pour les motifs, se référer à notre préavis du 21 juillet 2011)".

Par courrier du 7 novembre 2011, la recourante a confirmé les termes de ses précédentes écritures, à savoir que le rapport médical du 27 décembre 2010 démontrait une aggravation claire de son état de santé postérieurement à la décision du 28 janvier 2010, soit une recrudescence de symptômes psychotiques sous forme d'hallucinations acoustico-verbales, de sentiments de persécution et d'idées délirantes de type mystique dans le cadre d'une probable schizophrénie paranoïde intermittente. Le rapport du 14 avril 2011 confirmait le rapport du 27

décembre 2010, raison pour laquelle il avait sa place dans la procédure contentieuse actuellement ouverte. La recourante a enfin souhaité qu'une expertise soit ordonnée par le Tribunal afin de déterminer l'existence ou non de l'aggravation, mais aussi son début et son incidence sur la capacité de gain.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** La recourante conteste le refus d'entrer en matière de l'intimé sur une nouvelle demande qu'elle a présentée le 10 novembre 2010. Le litige porte donc uniquement sur le point de savoir si la recourante avait ou non rendu plausible, devant l'intimé, la péjoration de l'état de santé qu'elle allègue.

**a)** Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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. Savoir si l'on est en présence d'un motif de révision du droit à la rente suppose une modification notable du taux d'invalidité. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2).

Conformément à l'art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, 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. L'art. 87 al. 4 RAI prévoit que 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'al. 3 sont remplies. L'exigence ressortant de l'art. 87 al. 3 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 et 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'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 p. 114).

**b)** Le Tribunal fédéral des assurances a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 193 consid. 2, 122 V 157 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Il a précisé qu'eu égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 43 al. 3 LPGA – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité 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. 3 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] ; TF H 290/98 du 13 juillet 2000). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence sont modifiées, 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 (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; TF 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008, consid. 2.3; TFA I 52/2003 du 16 janvier 2004, consid. 2.2 et I 67/2002 du 2 décembre 2002, consid. 4).

**3. a)** In casu, la décision de refus déterminante, soit celle du 28 janvier 2010, se fonde sur les conclusions d'une expertise réalisée le 1<sup>er</sup> septembre 2009 à l'issue de laquelle le Dr S. \_\_\_\_\_ a retenu que dans le contexte d'un traitement d'une tuberculose ganglionnaire, la recourante avait présenté des troubles psychiques qui parlaient en faveur d'un trouble dépressif majeur récurrent avec caractéristiques psychotiques dont l'évolution était favorable avec un étayage psychosocial conséquent et un suivi psychiatrique. Tout en constatant qu'elles étaient toujours

difficiles à chiffrer et à dater après coup, le Dr S.\_\_\_\_\_ a admis des incapacités de travail totales au moment des épisodes dépressifs, soit entre le 1<sup>er</sup> juin 2006 et le 30 mai 2007, puis entre le 1<sup>er</sup> mars et le 30 septembre 2008. Les périodes précitées ne se limitent pas aux séjours de la recourante à la fondation de T.\_\_\_\_\_, ainsi qu'à la Policlinique ???\_\_\_\_\_. En effet, si la recourante a été hospitalisée à la fondation de T.\_\_\_\_\_ entre le 13 juin et le 17 juillet 2006, puis entre le 25 septembre et le 26 octobre 2006, l'expert a considéré qu'il se justifiait de fixer la fin de l'incapacité de travail au 30 mai 2007, prenant comme repère la remise de service de juin 2007 où il était question d'un état dépressif "compensé sous traitement" (rapport du 6 juillet 2007 des Drs D.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_). L'expert a en outre retenu une deuxième période d'incapacité de travail à 100 %, soit entre le 1<sup>er</sup> mars 2008 (fin de la grossesse, hospitalisation prénatale) et la sortie de l'hôpital psychiatrique P.\_\_\_\_\_ le 8 septembre 2008 avec un certificat médical validant une incapacité de travail entière jusqu'au 30 septembre 2008. En dehors de ces deux périodes, le Dr S.\_\_\_\_\_ n'a constaté aucune diminution de la capacité de travail sur le plan psychiatrique en se basant sur les informations à disposition et ses observations cliniques. Ainsi, au chapitre des "plaintes actuelles" (rapport d'expertise, p. 6), le Dr S.\_\_\_\_\_ a pu exclure toute symptomatologie dépressive au vu des réponses fournies par la recourante, précisant même que l'intéressée était formelle quant à l'absence de voix et d'idées de concernement et de persécution. L'expert a toutefois émis des doutes quant aux capacités de la recourante à s'adapter en Europe. Il fallait, selon lui, s'attendre à de nouvelles décompensations, évolution ordinaire du trouble dépressif récurrent, considérant qu'"à long terme, on peut raisonnablement s'attendre à des rechutes lors de situations de stress et de surcharge. Il n'est dès lors pas exclu que cette situation doive être réévaluée dans un deuxième temps".

**b)** A l'appui de sa nouvelle demande de rente du 3 novembre 2010, la recourante a produit un rapport médical du 27 décembre 2010 du Dr R.\_\_\_\_\_, actuel psychiatre traitant depuis le 20 mai 2009. Ce document contient certes pour l'essentiel un rappel anamnestique depuis 2006. En mai 2009, soit quatre mois avant l'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_, le

Dr R.\_\_\_\_\_ rappelle des épisodes d'angoisses, de troubles du sommeil et d'appétit, de nausées, de bouffées de chaleur, de sentiment d'étouffement, ainsi que d'un investissement dans la lecture du Coran (rapport, p.3). Le psychiatre traitant fait état dès janvier 2010 d'une symptomatologie fluctuante, lors de laquelle la recourante se plaint de nouvelles hallucinations acoustico-verbales sous forme de voix d'hommes qui font des commentaires désobligeant sur sa personne. Elle indique également avoir coupé ses cheveux qui se seraient transformés et devenus des pics et craindre d'être possédée. Dès avril 2010, le Dr R.\_\_\_\_\_ précise que les symptômes s'amendent légèrement, bien que la patiente reste fragile. Toutefois, il fait ensuite état d'une recrudescence des symptômes psychotiques sous formes d'hallucinations acoustico-verbales, de sentiment de persécution, d'idées délirantes de type mystique apparues suite à des modifications du lieu de vie de la recourante, de l'intervention du Service de protection de la jeunesse et du changement de médecin. Le Dr R.\_\_\_\_\_ pose finalement le diagnostic de schizophrénie paranoïde épisodique intermittente, alors que le Dr S.\_\_\_\_\_ retient celui d'un trouble dépressif récurrent (en rémission). Quand bien même la description des symptômes faite par les deux médecins est semblable, on constate que les hallucinations auditives et les sentiments de persécution qui n'existaient plus lors de l'expertise S.\_\_\_\_\_, sont à nouveau présents dans le rapport médical du 27 décembre 2010.

**c)** Dans ce contexte, on ne saurait dès lors parler d'une appréciation différente d'une situation similaire comme l'a fait le SMR (avis médical du 7 février 2011). En effet, la lecture du rapport médical du 27 décembre 2010 produit par la recourante permet d'admettre que cette dernière a rendu plausible la péjoration de son état de santé par la recrudescence des hallucinations auditives et des sentiments de persécution. Il conviendra donc d'instruire plus avant la cause en demandant un rapport complémentaire au Dr S.\_\_\_\_\_, comme le SMR l'a d'ailleurs préconisé (avis médical du 24 juin 2011), afin de déterminer les incidences de cette aggravation sur la capacité de travail et de gain de la recourante. Vu l'issue du litige, il n'y a plus lieu de se prononcer sur une

éventuelle violation du droit d'être entendue de la recourante, ce d'autant plus que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 61 let. c LPGA), ne s'applique pas à la procédure prévue à l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64).

**4.** Vu ce qui précède, le recours est admis et la cause est renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande présentée par l'assurée.

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. Selon la pratique récente de la Cour de céans, se référant à l'art. 69 al. 1bis LAI, cela vaut également pour l'OAI (CASSO AI 230/11 du 23 avril 2012, consid. 7). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs.

La recourante ayant obtenu gain de cause et ayant procédé avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens d'un montant de 800 fr. (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art 61 let. g LPGA).

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

**I.** Le recours est admis.

**II.** La décision du 28 mars 2011 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause est

renvoyée à cet office pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

- III.** Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B. \_\_\_\_\_ des dépens à hauteur de 800 fr. (huit cents francs).

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Centre social protestant (pour la recourante), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, 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).

La greffière :