

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 mai 2014

---

Présidence de M. MÉTRAL  
Juges : Mmes Di Ferro Demierre et Berberat  
Greffière : Mme Preti

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par le Centre social protestant, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7 et 8 LPGA ; 28 LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], ressortissante bosniaque, est titulaire d'un permis C. Elle est arrivée en Suisse en 1995, fuyant la guerre dans son pays d'origine. Veuve, elle est la mère de deux enfants. Elle ne dispose d'aucune formation professionnelle et n'a presque jamais travaillé depuis son arrivée en Suisse.

Le 5 mai 2006, l'assurée a déposé une première demande de prestations AI pour adultes, faisant état de douleurs au dos et de vertiges depuis dix ans.

Selon un rapport médical du 29 mai 2006 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et ancien médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics suivants : lombalgies récurrentes sans syndrome déficitaire, vertiges non systématisés fonctionnels, douleurs somatoformes et excès pondéral. Il indiquait que l'assurée l'avait régulièrement consulté de 1996 à 2005 pour des plaintes multiples. Objectivement, il notait qu'elle avait fait une colite microscopique en 1996, des lombo-sciatalgies à répétition sans syndrome déficitaire et un status hémorroïdaire. En 1998, elle avait été opérée d'une mastoïdite au Centre hospitalier W.\_\_\_\_\_ (ci-après : Centre hospitalier W.\_\_\_\_\_). Une arthrose cervicale compatible avec l'âge avait nécessité de la physiothérapie. D'autres symptômes récurrents tels que des douleurs généralisées et des vertiges mal systématisés, « intenses et invalidants » selon la patiente, n'avaient pas d'explication objective malgré des investigations spécialisées. Le Dr H.\_\_\_\_\_ exposait que les symptômes multiples et parfois spectaculaires pouvaient certes être rattachés aux difficultés psychosociales de l'assurée et à ses traumatismes et deuils impossibles à faire. Toutefois, au fil du temps, le Dr H.\_\_\_\_\_ avait constaté une nette majoration des symptômes, rendant la

prise en charge difficile et conflictuelle. Selon lui, il n'existait pas d'incapacité de travail médicalement justifiée.

Dans un rapport médical du 4 juillet 2006 à l'OAI, la Dresse A.\_\_\_\_\_, nouvelle médecin traitant de l'assurée, a notamment retenu les diagnostics de trouble somatoforme polymorphe, de syndrome douloureux lombaire dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs de la colonne lombaire, d'arthrose cervicale, de vertiges d'origine fonctionnelle avec chute, d'excès pondéral, d'état anxieux dépressif persistant et de probable hernie musculaire du quadriceps droit. La Dresse A.\_\_\_\_\_ a précisé que l'assurée pouvait travailler deux ou trois heures par jour en position assise, une à deux heures debout, qu'elle pouvait alterner les positions, travailler à genoux ou accroupie, mais difficilement, qu'elle pouvait lever des charges de deux à trois kilos, se baisser, utiliser ses deux bras sans limitation, mais qu'elle ne pouvait pas travailler en hauteur, et que son fonctionnement intellectuel était normal.

Le 4 septembre 2006, l'assurée a rempli un questionnaire relatif à sa demande d'invalidité. Elle a affirmé que si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 100% pour son intérêt personnel.

Par décision du 20 février 2007, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Cette dernière n'a pas recouru à l'encontre de cette décision.

**B.** Le 24 janvier 2011, l'assurée a déposé une deuxième demande de prestations AI, précisant quant au genre de l'atteinte à la santé « fibromyalgie, état dépressif et syndrome apnée du sommeil sévère ».

A l'appui de cette demande, elle a produit un certificat médical établi le 1<sup>er</sup> avril 2010 par la Dresse A.\_\_\_\_\_. Celle-ci indiquait que l'assurée souffrait toujours de pathologies douloureuses du système locomoteur aggravées par des troubles de l'équilibre ; elle présentait également un syndrome dépressivo-anxieux.

L'assurée a encore produit des certificats médicaux établis par le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, lequel a attesté que sa patiente était en incapacité totale de travail du 1<sup>er</sup> septembre 2010 au 28 février 2011 (certificats médicaux des 7 septembre, 2 et 3 décembre 2010).

Le 15 mars 2011, l'OAI a rendu une décision de non entrée en matière relative à la demande de prestations du 24 janvier 2011. L'assurée n'a pas déposé de recours contre cette décision.

Le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et E.\_\_\_\_\_, psychologue, au Département de [...] du Centre hospitalier W.\_\_\_\_\_, ont examiné l'assurée les 19 et 30 janvier 2012 pour faire un bilan psychiatrique à la demande du Dr S.\_\_\_\_\_. Dans leur rapport du 2 mars 2012, il est mentionné que le Dr S.\_\_\_\_\_ avait prescrit à sa patiente un traitement de Stilnox (50 mg) le soir, de Saroten (25 mg) trois fois par jour et de Temesta Expidet en réserve. Les diagnostics posés dans ce rapport sont ceux de syndrome de stress post-traumatique chronique, de trouble douloureux chronique et de trouble dépressif chronique, épisode actuel moyen. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ et Mme E.\_\_\_\_\_ ont exposé ce qui suit sous la rubrique « discussion » de leur rapport :

« Sur le plan diagnostique, nous retenons, en premier lieu, un syndrome de stress post-traumatique. En effet, Mme C.\_\_\_\_\_ présente depuis plusieurs années, après avoir vécu la guerre dans son pays, vu des personnes de son entourage proche mourir violemment et avoir elle-même été blessée par une bombe, des symptômes tels qu'une reviviscence des événements traumatiques lors de cauchemars nocturnes, accompagnés de cris et de pleurs et également sous forme de flash-back à l'état d'éveil provoquant un sentiment de détresse, une détresse psychique importante lors de l'exposition à des bruits de sirènes, accompagnée d'un sentiment de souffle coupé, de vertige et de panique (tremblements, fourmillements, tachycardie), des efforts effrénés pour éviter les pensées, les sentiments et les conversations liées au traumatisme, ainsi que des efforts pour éviter les endroits qui pourraient éveiller des souvenirs de traumatisme (centre ville), une réduction nette de l'intérêt pour pratiquement toutes les activités, un sentiment d'avenir « bouché », et des symptômes neurovégétatifs, tels que des difficultés d'endormissement, des réveils nocturnes fréquents, de l'irritabilité, des difficultés de concentration et des réactions de sursaut exagérées. Nous spécifions ce diagnostic de chronique au vu

de la durée (plusieurs années) des symptômes présentés par la patiente.

Nous retenons également un diagnostic de trouble douloureux au vu des plaintes somatiques (principalement douleurs aux genoux et douleurs dorsales) présentées par Mme C. \_\_\_\_\_ et centrales au tableau clinique. Ces douleurs ont notamment donné lieu à des examens cliniques et sont à l'origine d'une souffrance cliniquement significative. Par ailleurs, nous estimons que des facteurs psychologiques jouent un rôle dans le déclenchement, l'intensité et la persistance de la douleur. Nous spécifions ce diagnostic de chronique, car la patiente présente ces douleurs depuis plusieurs années.

Enfin, nous retenons un diagnostic de trouble dépressif chronique (plusieurs années sans période de rémission), actuellement d'intensité moyenne. Ce diagnostic est à mettre en lien avec les deux diagnostics précédemment cités. En effet, sans amélioration notable de l'un ou l'autre de ces diagnostics, nous pensons que le trouble dépressif persistera.

Au vu des diagnostics retenus, de la situation de guerre et de traumatisme vécue par Mme C. \_\_\_\_\_, mais également au vu de la langue et de l'origine de la patiente et de la bonne expérience précédente, nous avons adressé cette patiente pour un suivi psychothérapeutique au cabinet du Dr B. \_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute, où un premier entretien a été organisé en date du 10 février 2012, avec Mme U. \_\_\_\_\_, psychologue, parlant la langue de la patiente. »

**C.** Le 7 mars 2013, l'assurée a déposé une nouvelle demande.

Elle a produit un rapport du 20 mars 2013 du Dr T. \_\_\_\_\_, médecin praticien, qui s'adressait à l'OAI. Ce médecin a posé les diagnostics suivants : état de stress post-traumatique (F43.1), trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptôme psychotique (F33.3), personnalité dépendante (F60.7), modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0), troubles douloureux chroniques, maladie de Sjödren, démence non spécifiée (F03), hypertension artérielle, lésion ligamentaire du genou droit avec arthrose multiple et céphalées de tension. Il indiquait que ces atteintes à la santé entraînaient des difficultés notamment pour se déplacer, se pencher, ainsi que des pertes de mémoire et de concentration, de la méfiance, un sentiment de persécution, des hallucinations olfactives, des douleurs multiples, des vertiges et une désorientation dans le temps et l'espace. Il estimait que l'assurée était en incapacité totale de travail.

Selon un avis médical du 22 juillet 2013 du Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), les diagnostics psychiatriques posés par le Dr Q.\_\_\_\_\_ ne rendaient pas plausible une aggravation tant sur le plan somatique que psychique depuis la dernière décision AI, les problèmes de santé pris en compte lors de l'instruction initiale étant une obésité primaire, des lombalgies chroniques non-déficitaires, des cervicalgies chroniques, un syndrome de stress post-traumatique secondaire à une exposition à des actes de guerre existant antérieurement à son établissement en Suisse et des douleurs somatoformes/troubles somatoformes douloureux existant déjà de longue date en 2006.

Le 24 juillet 2013, l'OAI a rendu un projet de décision refusant les prestations.

Dans un certificat médical du 27 août 2013, le Dr T.\_\_\_\_\_ a suggéré la mise en place d'une expertise par le SMR compte tenu de la situation très préoccupante de sa patiente. Cette dernière a contesté le préavis de refus de prestations en contresignant le courrier du Dr T.\_\_\_\_\_ le 4 septembre 2013.

Par décision du 17 octobre 2013, l'OAI a confirmé son projet de refus de prestations du 24 juillet 2013, estimant qu'après examen des éléments médicaux contenus au dossier, ainsi que du rapport du cabinet médical « K.\_\_\_\_\_ », à [...], du 20 mars 2013, et du rapport du Département de [...] du Centre hospitalier W.\_\_\_\_\_ du 2 mars 2012, l'atteinte à la santé de l'assurée n'avait pas, tant sur le plan somatique que psychique, de caractère invalidant au sens de l'AI.

**D.** Par acte du 20 novembre 2013, C.\_\_\_\_\_, représentée par le Centre social protestant, a recouru contre la décision du 17 octobre 2013 de l'OAI auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant préalablement à être dispensée de toute avance de frais, et

principalement, de façon implicite, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour la mise en place d'une expertise pluri-disciplinaire, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. A l'appui de son recours, elle produit différents rapports médicaux :

- un rapport médical du 1<sup>er</sup> mars 2013 des Drs J.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint, et L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, du Département de [...] du Centre hospitalier W.\_\_\_\_\_. Ces médecins ont examiné la recourante les 21 et 28 février 2013, ce qui leur a permis de poser les diagnostics de trouble dépressif chronique, épisode actuel sévère, de trouble douloureux chronique et de syndrome de stress post-traumatique chronique. Ils ont relevé les éléments suivants (cf. rubrique « discussion » du rapport) :

« Sur le plan diagnostique, nous retenons en premier lieu un état dépressif, épisode actuel sévère (elle présente tous les symptômes de la lignée dépressive et peut rester enfermée toute la journée à son domicile et rester dans son lit). Ce diagnostic est à mettre en lien avec les deux diagnostics sous-jacents.

Elle présente également de longue date un trouble douloureux chronique avec des plaintes somatiques (principalement douleurs au niveau des membres inférieurs et douleurs dorsales). Ces plaintes sont au centre du tableau clinique. Elles ne sont pas expliquées uniquement par des examens médicaux appropriés et sont à l'origine d'une souffrance cliniquement significative. Dans ce contexte, elle prend de nombreux traitements antalgiques (Prednisone, Irfen, Zaldiar, Lyrica, nombreuses crèmes topiques).

Mme C.\_\_\_\_\_ présente depuis de nombreuses années un syndrome de stress post-traumatique suite à la guerre dans son pays d'origine, la Bosnie, où elle a vu des personnes de son entourage proche mourir violemment. Elle présente des symptômes tels qu'une reviviscence des événements traumatiques lors de cauchemars nocturnes, elle présente également des flashbacks à l'état d'éveil, elle présente une détresse psychique importante lors de l'exposition à des bruits de sirènes ou de sifflets accompagnée d'attaques de panique. Elle évite donc les endroits qui pourraient évoquer ces souvenirs de traumatisme.

Au vu des diagnostics retenus et au vu de la prise importante de nombreux traitements, nous ne proposons pas d'ajouter un médicament antidépresseur supplémentaire. Nous proposons de

poursuivre la Fluctine. Nous avons également proposé un suivi à [...] à Mme C.\_\_\_\_\_ mais celle-ci a trouvé d'elle-même un psychiatre qui parle sa langue, Mme [...] qui la verra en premier entretien le 7 mars 2013. La patiente se dit très satisfaite d'avoir pu reprendre un suivi et souligne le fait qu'elle a besoin de communiquer et d'exprimer sa douleur et avoir le sentiment d'être comprise. » ;

- un rapport établi à la suite d'une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la hanche droite du 21 août 2013 ;
- un rapport concernant un scanner-abdomino-pelvien effectué le 29 mai 2013 ;
- un rapport du 2 octobre 2012 s'agissant d'un CT-scan cérébral et une IRM de la cuisse droite ;
- un rapport du 7 septembre 2012 concernant une échographique de la cuisse droite ;
- un rapport du Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie, du 3 février 2011, qui fait état d'apnées du sommeil sévères. Ce médecin notait que sa patiente ne comprenait pas les enjeux du traitement, ne maîtrisant pas le français et ayant besoin d'extérioriser son mal-être par toutes sortes de symptômes, de sorte qu'il l'estimait incapable de suivre correctement le traitement.

La recourante soutient globalement que le rapport médical du Centre hospitalier W.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mars 2013 et celui de son médecin traitant du 20 mars 2013, démontrent une aggravation de son état de santé puisqu'elle présente désormais un épisode dépressif sévère, alors qu'il n'était que moyen en 2006. Elle fait en outre valoir une violation de son droit d'être entendu, l'OAI n'ayant pas soumis les nouveaux rapports médicaux pour appréciation médicale, alors que son état dépressif s'est

aggravé et qu'un nouveau diagnostic est apparu (« démence (F03) », cf. rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ du 20 mars 2013 »).

Le 19 décembre 2013, l'OAI a répondu, en concluant au rejet du recours. Il a expliqué que l'assurée n'avait apporté aucun élément rendant plausible une aggravation ou une nouvelle atteinte à la santé susceptible d'influencer ses droits et que la décision attaquée intitulée « refus de prestations » devait être considérée comme une décision de non entrée en matière. Il a également précisé qu'il n'y avait pas lieu de prendre en compte les nouvelles pièces médicales produites dans le cadre de la procédure de recours.

La recourante a maintenu ses conclusions dans sa réplique du 27 janvier 2014.

Le 20 février 2014, l'OAI a confirmé ses conclusions et a produit à l'appui de sa duplique un avis médical du SMR du 13 février 2014 établi par le Dr Z. \_\_\_\_\_. Selon ce dernier, le rapport médical du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 2 mars 2012 n'apportait aucun fait clinique nouveau depuis la demande initiale, le trouble dépressif ayant varié dans le sillage d'un trouble somatoforme douloureux connu de longue date. Quand au rapport du Centre hospitalier W. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mars 2013, il était similaire à celui du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 2 mars 2012, puisqu'il était précisé que la dépression chronique était à mettre en lien avec les deux diagnostics sous-jacents, à savoir ceux de trouble somatoforme et de syndrome de stress post-traumatique. Selon le Dr Z. \_\_\_\_\_, le syndrome de stress post-traumatique était antérieur à l'établissement de la recourante en Suisse et le trouble somatoforme évoluait depuis au moins 2005. Il s'agissait, pour lui, d'une appréciation différente d'une situation similaire. Enfin, concernant le rapport établi par le Dr T. \_\_\_\_\_, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a noté que la liste de dix diagnostics n'était étayée par aucun examen clinique ou consultation spécialisée. Ainsi, il retenait qu'aucune aggravation durable de l'état de santé de la recourante n'avait été rendue plausible depuis la dernière décision AI.

La recourante a maintenu sa position dans ses déterminations du 20 mars 2014.

**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'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, 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. 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. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

**b)** Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

**2.** Est litigieux le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la troisième demande de prestations présentée par la recourante le 7 mars 2013, tel que communiqué par décision du 17 octobre 2013.

**3. a)** En vertu de l'art. 87 al. 3 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201), tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

L'art. 87 al. 4 RAI (tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement art. 87 al. 3 RAI) prévoit que, lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies.

**b)** Selon la jurisprudence fédérale (applicable mutatis mutandis à l'actuel art. 87 al. 2 et 3 RAI), l'exigence posée par l'ancien art. 87 al. 3 et 4 RAI doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 4b ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 2.1)

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI (tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement art. 87 al. 3 RAI) et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b ; 9C\_316/2011 du 20 février 2012, consid. 3.2). Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière

sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 2.2 ; 9C\_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 2b).

**c)** Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003) – qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 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] ; ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008, consid. 2.3 ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004, consid. 2.2). Il s'ensuit que les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre, dans lequel l'examen du juge des assurances 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 (ATF 130 V 64 ; TF I 597/2005 du 8 janvier 2007, consid. 4.1).

**4. a)** A titre préalable, il convient de préciser que nonobstant la formulation du dispositif de la décision litigieuse (« votre nouvelle demande de prestations est rejetée »), il ressort des actes de procédure que cette décision constitue en réalité un refus d'entrée en matière. L'intimé n'a procédé à aucune mesure d'instruction et s'est limité à soumettre les pièces produites par la recourante à son Service médical régional, pour avis. Celui-ci a constaté qu'aucune pièce médicale versée au dossier ne rendait plausible une aggravation des atteintes à la santé de la recourante. Il s'agit typiquement d'un motif de refus d'entrée en matière sur une nouvelle demande.

La présente procédure porte dès lors uniquement sur le point de savoir si la recourante a rendu plausible une modification significative de son état de santé, qui justifierait la révision de son cas depuis le 20 février 2007, au vu des pièces médicales produites par devant l'intimé.

L'on notera encore qu'en égard à la jurisprudence du Tribunal fédéral citée ci-dessus (cf. consid. 3c), les nouveaux rapports médicaux (notamment le rapport médical du 1<sup>er</sup> mars 2013 des Drs J.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_) produits avec le recours ne peuvent être pris en considération dans le cadre du présent examen puisque l'intimé n'en n'avait pas connaissance au moment où il a rendu sa décision le 17 octobre 2013.

**b)** Est produit à l'appui de la troisième demande de la recourante un rapport du 20 mars 2013 du Dr T.\_\_\_\_\_ posant les diagnostics d'état de stress post-traumatique (F43.1), trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptôme psychotique (F33.3), personnalité dépendante (F60.7), modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0), troubles douloureux chroniques, maladie de Sjödren, démence non spécifiée (F03), hypertension artérielle, lésion ligamentaire du genou droit avec arthrose multiple et céphalées de tension. Ces atteintes entraînaient selon le médecin des difficultés pour se déplacer, se pencher, ainsi que des pertes de mémoire et de concentration, de la méfiance, un sentiment de persécution, des hallucinations olfactives, des douleurs multiples, des vertiges et une désorientation dans le temps et l'espace. La recourante

présentait une incapacité de travail totale selon le Dr T.\_\_\_\_\_. Un autre rapport médical, beaucoup plus détaillé, est produit. Il a été établi le 2 mars 2012 par le Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin au Département de [...] du Centre hospitalier W.\_\_\_\_\_, et Mme E.\_\_\_\_\_, psychologue. Il faisait état d'un syndrome de stress post-traumatique chronique, de trouble douloureux chronique et de trouble dépressif chronique, épisode actuel moyen.

Sur le plan physique, le Dr T.\_\_\_\_\_ ne semble pas attester d'une nouvelle atteinte à la santé, hormis la maladie de Sjörden et la lésion ligamentaire du genou droit avec arthrose multiple. Il n'expose toutefois aucun détail sur la gravité de ces atteintes et sur leur répercussion concrète sur la capacité de travail de la recourante, mentionnant tout au plus des difficultés à se déplacer. En ce qui concerne les atteintes à la santé psychique, qui semblent clairement dominer le tableau clinique, le Dr T.\_\_\_\_\_ pose des diagnostics correspondant dans une large mesure à ceux déjà posés en 2006, sans attester de péjoration par rapport à la situation prévalant à l'époque, hormis en ce qui concerne la gravité de la dépression et le diagnostic de démence. Le diagnostic d'état de stress post-traumatique découle plus d'une appréciation médicale différente d'une situation identique que d'une évolution de l'état de santé de la recourante, dans la mesure où il est en lien avec des traumatismes subis pendant la guerre de Bosnie, également évoqués dans le rapport du 29 mai 2006 du Dr H.\_\_\_\_\_. Par ailleurs, le rapport du Centre hospitalier W.\_\_\_\_\_ du 2 mars 2012, beaucoup plus détaillé et établi par un médecin psychiatre, alors que le Dr T.\_\_\_\_\_ ne peut se prévaloir de cette spécialisation, ne corrobore pas le diagnostic de démence ni l'aggravation du trouble dépressif vers un épisode grave, puisqu'il mentionne un trouble dépressif chronique, épisode actuel moyen. Le status psychique décrit ne permet pas davantage de constater une péjoration par rapport à la situation prévalant en 2006. En outre, contrairement à ce que soutient la recourante, les rapports des Drs T.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ ont été soumis à l'appréciation du Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, le 22 juillet 2013 et le 13 février 2014. Ce dernier a estimé que les diagnostics établis par le Dr Q.\_\_\_\_\_ ne rendaient pas

plausible une aggravation durable de l'état de la santé de la recourante, le trouble dépressif ayant évolué dans le cadre d'un trouble somatoforme présent de longue date. Il relevait en outre que le Dr T.\_\_\_\_\_ n'avait étayé par aucun examen clinique ou consultation spécialisée les diagnostics posés. On notera pour finir que ni le Dr T.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 20 mars 2013, ni la recourante dans sa nouvelle demande, ne mentionnent de nouvelles consultations au Département de [...] du Centre hospitalier W.\_\_\_\_\_ en 2013. Compte tenu des rapports médicaux produits, l'appréciation de l'OAI relative à l'absence d'aggravation de l'état de santé rendue plausible par la recourante n'est pas critiquable, de sorte que le refus d'entrée en matière est fondé.

L'on précisera toutefois que les nouveaux rapports médicaux produits à l'appui du recours, et dont l'OAI n'avait pas connaissance au moment de statuer, semblent, cette fois, rendre plausible l'aggravation des atteintes à la santé présentées par la recourante, avec notamment une évolution de l'état dépressif vers un épisode actuellement sévère (cf. rapport du Centre hospitalier W.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mars 2013, établi après deux consultations les 21 et 28 février 2013). Il n'y a toutefois pas lieu de se prononcer définitivement sur la question, qui relève de la compétence de l'intimé. Il appartiendra dès lors à l'intimé de traiter les documents médicaux remis en procédure de recours et de considérer leur communication, le 22 novembre 2013, comme une nouvelle demande de prestations et de statuer à nouveau.

Pour le surplus, la présente procédure exclut d'ordonner des examens complémentaires, en l'occurrence la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, comme le demande la recourante.

**5. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée.

**b)** La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al.1<sup>bis</sup> LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Il

convient toutefois de renoncer à percevoir des frais compte tenu des circonstances et de la situation financière de la recourante (cf. art. 50 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision rendue le 17 octobre 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni octroyé de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Centre social protestant (pour C.\_\_\_\_\_),
- 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 :