

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} février 2016

Composition : Mme DESSAUX, présidente
M. Neu et Mme Di Ferro Demierre, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

Q._____, à **R.**_____, recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 29 al. 2 Cst. ; 17 al. 1, 53 al. 1 et 2 LPGA ; 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. Ressortissante portugaise entrée en Suisse en 1988, titulaire d'une autorisation d'établissement (permis C), Q._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1965, est mariée et mère de deux enfants adultes. Au bénéfice d'une attestation d'auxiliaire de santé délivrée par la Croix-Rouge suisse en 1996, elle a travaillé dès le 1^{er} avril 2007 en tant qu'aide-infirmière dans un établissement médico-social au taux de 80%.

Le 1^{er} décembre 2010, l'assurée a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé). Elle a fait état d'un cancer du sein, existant depuis le mois d'octobre 2009.

Prenant position sur les éléments médicaux recueillis au cours de l'instruction, le Dr Z._____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), s'est exprimé en ces termes dans un avis médical du 8 novembre 2011 :

« Il s'agit d'une assurée portugaise, mariée, âgée de 46 ans. Elle vit en Suisse, depuis septembre 1988. Elle n'a pas de formation professionnelle. En 1996, elle obtient une attestation de la Croix-Rouge. Elle travaille, depuis avril 2007, comme aide-infirmière (...) à un taux de 80%.

Dans un rapport médical du 21 décembre 2010, la Dresse J._____ retient les diagnostics suivants :

- Carcinome canalaire invasif sein G G1, pT1 cN0 M0 PR 90% ER 80% associé à des lésions d'hyperplasies canalaire atypiques allant jusqu'au carcinome in situ.
- 14 juin 2010. Biopsie exérèse diagnostic. Le 12 juillet 2010, reprise du lit de tumorectomie avec recherche de ganglions sentinelles (recherche négative).
- Radiothérapie puis Tamoxifène et Zoladex.
- Fibromyalgie.

L'assurée est à l'arrêt de travail, à 100%, dès le 2 juin 2010 ; à 70%, dès le 1^{er} décembre 2010 ; à 50%, dès le 3 janvier 2011. Dans un rapport médical du 18 mars 2011, à l'assureur perte de gain (dossier

perte de gain du 20 juin 2011), le Dr K._____, du service d'oncologie de l'Hôpital P._____, dit que l'assurée, pour son problème de cancer du sein, peut reprendre son travail à son taux antérieur de 80%, dès le 1^{er} avril 2011. Ce médecin le confirme dans un rapport médical du 6 juin 2011.

Dans un rapport médical du 7 juin 2011, le Dr B._____, médecin généraliste, parle d'un état anxio-dépressif. Il dit que la capacité de travail de l'assurée est nulle, dès le 21 mai 2011. Un traitement antidépresseur de Fluoxétine est introduit. L'assurée n'est pas suivie par un psychiatre. Dans un rapport médical complémentaire du 11 octobre 2011, le médecin atteste toujours une incapacité de travail de 50%.

Comme l'assurée semble souffrir d'une fibromyalgie et comme l'assurée n'a pas de suivi psychiatrique spécialisé, afin de pouvoir déterminer l'exigibilité actuelle, nous devons organiser une expertise psychiatrique. »

L'office AI a mandaté le Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour procéder à l'expertise psychiatrique de l'assurée. Dans son rapport du 14 mai 2012, il a posé pour seul diagnostic affectant la capacité de travail un trouble anxieux et dépressif mixte, actuellement en voie de rémission (F 41.2), excluant toute pathologie sans répercussion sur la capacité de travail. Il a écrit ce qui suit en conclusion de son rapport :

« (...) (C)et état anxio-dépressif s'est déclenché en réaction à l'atteinte cancéreuse, il y avait certainement une accentuation [à] l'automne 2011 et ensuite amélioration. Il existe aujourd'hui deux aspects résiduels. Celui de la dysthymie et celui d'un état anxieux d'intensité légère. Le tableau est légèrement surchargé par des appréhensions irrationnelles (ne croit pas ses médecins). Après pondération de tous les éléments, nous sommes arrivés à la conclusion que l'assurée, d'un point de vue purement psychique et psychiatrique, n'a plus d'incapacité de travail de principe mais une diminution de rendement de l'ordre de 30%. Il y a ici inclus ce qui concerne la fatigue et fatigabilité sur le plan psychique.

Comme il était difficile, voire impossible de se déterminer rétroactivement, nous proposons d'appliquer ce taux à partir dès maintenant.

Dans les informations que nous avons obtenues, il y a la notion d'un œdème récidivant du bras gauche. Effectivement, pour son travail, ceci peut jouer un rôle limitatif. Il est dès lors nécessaire d'obtenir un constat médical détaillé à ce sujet.

Vu que nos réflexions et la pondération quant à cette situation se sont faites seulement après la prise de connaissance de tous les volets d'information, l'expert n'a donné aucune information à l'assurée concernant les diagnostics, les suites du dossier, les

propositions thérapeutiques, le degré de l'incapacité de travail et le pronostic. »

Se déterminant à propos de cette expertise dans un avis médical du 30 mai 2012, le Dr M. _____, médecin auprès du SMR, a fait les constatations suivantes :

« (...) Cet examen confirme effectivement la présence d'un trouble anxieux et dépressif mixte ; une affection dont les éléments constitutifs dépressifs n'atteignent pas le seuil diagnostique de l'épisode dépressif léger et les éléments anxieux constitutifs ne permettent pas d'atteindre le seuil diagnostique de l'anxiété généralisée.

En découle logiquement l'absence de toute incapacité justifiée ; sur ce point, on ne peut suivre la conclusion de l'expert concernant une éventuelle baisse de rendement ou capacité au travail. D'autant que son examen confirme l'état anxiodépressif soutenu par le médecin traitant.

Dans pareil cadre, la fibromyalgie présente est non-invalidante au sens de la jurisprudence en vigueur.

Ainsi, dès le 1^{er} avril 2011, l'assurée doit reprendre son activité habituelle à 100% du 80% habituel. Dans la mesure où une activité adaptée permet de respecter la limitation fonctionnelle de fatigabilité, elle est théoriquement possible en plein à la même date.

En cas de statut mixte, on retiendra l'absence d'empêchement ménager durable, dans une activité qui est sans aucun impératif de rendement. »

Le 7 juin 2012, l'office AI a informé l'assurée qu'il comptait lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité, au motif que son incapacité de travail n'avait pas duré une année au moins. En effet, dès le 1^{er} avril 2011, soit avant l'échéance du délai d'attente d'une année (14 juin 2011, la capacité de travail étant restreinte depuis le 14 juin 2010), il considérait que l'intéressée était apte à reprendre l'exercice de son activité professionnelle à 100% (de son taux habituel de 80%).

Le 27 juin 2012, l'assurée a signifié son désaccord avec ce projet. Elle a annoncé la production de documents médicaux destinés à étayer la péjoration alléguée de son état de santé.

Le 29 juin 2012, l'office AI a transmis à l'assureur perte de gain en cas de maladie de l'assurée une copie de l'expertise médicale réalisée le 14 mai 2012 par le Dr X._____. Statuant par décision du 24 juillet 2012, cet assureur a mis un terme au versement de ses indemnités journalières en faveur de l'assurée avec effet au 2 août 2012. Sur la base de l'expertise du Dr X._____, il a considéré que l'intéressée était en mesure d'exercer son activité d'aide-infirmière à plein temps. L'assurée n'a pas recouru contre cette décision.

Dans un rapport du 25 juillet 2012 à l'office AI, le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a indiqué avoir adressé l'assurée au Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en raison de la gravité de son état de santé psychique. Selon lui, la capacité de travail était de 50% en raison de la fatigabilité présentée par sa patiente.

Le 23 août 2012, le Dr C._____ a fait parvenir une lettre à l'office AI dans laquelle il a déclaré contester les conclusions de l'expertise du Dr X._____. Ayant expliqué se charger du suivi de l'assurée depuis le mois de novembre 2011, il a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 43.22), de trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques (F 45.4) et de personnalité dépendante (F 60.7). Compte tenu d'une situation psychologique ne cessant de se péjorer et d'un état anxio-dépressif qualifié de sévère, il a considéré que la capacité de travail de l'intéressée n'excédait pas 50% dans son activité habituelle, justifiant l'octroi d'une demi-rente d'invalidité.

Dans un avis médical du 4 septembre 2012, le Dr M._____ s'est déterminé en ces termes sur les rapports des Drs B._____ et C._____ :

« (...) Dans le cadre de l'actuelle audition, nous avons à considérer les documents suivants :

1. rapport du Dr B._____, généraliste, médecin-traitant, du 25 juillet 2012 :

Notre Confrère y fait état des plaintes de l'assurée concernant sa fatigabilité et son état psychique grave.

Aucun élément médical nouveau par rapport à l'expertise psychiatrique effectuée par le Dr X. _____ le 14 mai 2012 qui conclut à la présence d'un trouble anxieux dépressif mixte ; que l'on rappelle non incapacitant puisque, selon les ouvrages de référence dont la CIM-10, ses constituants dépressifs n'atteignent pas le seuil diagnostic de l'épisode dépressif léger qui ne justifie aucune incapacité au travail et de même concernant ses constituants anxieux qui n'atteignent pas le seuil diagnostic de l'anxiété généralisée.

2. rapport du Dr C. _____, psychiatre, du 23 août 2012 :

Ce rapport nous apprend le suivi psychiatrique-psychothérapeutique de l'assurée dès novembre 2011, en raison d'un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques, personnalité dépendante.

Comparé au rapport d'expertise psychiatrique cité, il ne permet pas de conclure à l'incapacité de 50% soutenue.

Ainsi, en l'état du dossier, les conclusions du SMR ne peuvent être modifiées.

Rappelons un traitement antidépresseur par monothérapie de fluoxétine dès le début, sans nécessité de bithérapie antidépressive, ajout de potentialisateur tel lithium, voire stabilisateur de l'humeur ; donc pas de dépression résistante au sens de la littérature scientifique actuelle. »

Par décision du 7 novembre 2012, l'office AI a entériné son refus d'octroyer à l'assurée une rente d'invalidité. La motivation était identique à celle contenue dans son préavis du 7 juin précédent. Une lettre d'accompagnement datée du même jour prenait position sur les griefs soulevés par l'assurée. Celle-ci n'a pas recouru contre cette décision, de sorte qu'elle est entrée en force.

B. Désormais représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat, l'assurée a mandaté, en date du 11 février 2013, le Dr D. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à titre d'expert.

Dans son rapport du 2 avril 2013, le Dr D. _____ a indiqué que l'expertise était motivée par le refus de l'office AI de reconnaître à l'assurée le droit à des prestations d'assurance en l'absence d'atteinte psychique. S'agissant des diagnostics, l'expert a retenu, à l'axe I, un

trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle, gravité actuelle modérée (F 32.5), un trouble panique avec agoraphobie (F 40.01), un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques (F 45.4), une dépendance aux anxiolytiques (F 13.2) et une boulimie nerveuse (F 50.2). A l'axe II, il a diagnostiqué un trouble de la personnalité non spécifié (F 60.9) et des traits de personnalité limite (abandonnique) et perfectionniste, décompensés. Sous l'intitulé « discussion », le Dr D. _____ a écrit ce qui suit :

« L'assurance perte de gain S. _____ ainsi que l'assurance-invalidité se basent sur le rapport de l'expert, le Dr X. _____, du mois de mai 2012 et estiment toutes les deux que l'expertisée bénéficie d'une capacité de travail entière, à savoir à 80%, dans l'emploi exercé jusqu'ici et sans aucune baisse du rendement. Dans ce sens, les assurances s'écartent de la décision de l'expert qui tout en estimant la capacité de travail entière introduit la notion d'une baisse de rendement de 30%, ce qui signifie que dans l'ensemble la capacité de travail ne dépasse pas les 56%.

Cependant, à la lecture attentive, l'expertise du Dr X. _____ est contradictoire sur plusieurs plans qui sont résumés ici :

1. A la page 14, l'expert indique que la fibromyalgie « n'a jamais conduit à la notion d'une comorbidité psychiatrique... » Cette notion est erronée car l'expertisée relate précisément que la survenue de la fibromyalgie en 2002 était associée à un état dépressif, à un repli social, à un sentiment de fatigue ainsi qu'à des idées noires avec une peur permanente de mourir. L'anxiété était morbide et a nécessité l'administration d'un traitement de Tranxilium. En outre, l'expert n'est pas sans savoir que la fibromyalgie est définie comme une « dépression masquée », c'est-à-dire un tableau d'équivalence thymique. Les considérations juridiques qui attribuent à la fibromyalgie ou non une valeur pour une invalidité n'ont aucune importance lorsque l'on se rend compte que la survenue de cette maladie a été le précurseur de la décompensation thymique et anxieuse dans le cursus de la vie de Mme Q. _____.
2. A la même page de son expertise, le Dr X. _____ considère qu'il existe une contradiction entre les oncologues et gynécologues dans l'appréciation de la capacité de travail après l'opération du cancer de 2011. Le fait que les oncologues et gynécologues parlent d'une reprise complète possible ne constitue en rien une contradiction avec l'avis du médecin traitant et du psychiatre signalant la persistance d'une fatigue, de douleurs et de dépression, handicapantes sur le plan du travail. L'oncologue et le gynécologue se réfèrent bien évidemment uniquement à la capacité purement somatique.
3. L'expert considère à la page 15 que « l'état thymique actuel était celui d'un registre dysthymique ». Il semble que le Dr X. _____ ait été influencé par l'apparence calme et posée, peu

plaintive spontanément, de l'expertisée lors du bref examen psychiatrique qu'il a eu avec elle. L'examen approfondi de la présente expertise a révélé un état dépressif majeur avec un score sur l'échelle de Hamilton de 18 points révélateur de nombreux symptômes incapacitants. Il ne s'agit en rien d'un état dysthymique, bien qu'un tel état ait probablement existé déjà depuis 2002 et n'a pas été diagnostiqué par le premier expert.

4. En outre, le diagnostic attribué par le Dr X._____, celui de « trouble anxieux et dépressif mixte, actuellement en voie de rémission » est erroné. Le premier expert a examiné une patiente déjà au bénéfice d'un traitement antidépressif à dosage important avec une bonne compliance associé à un traitement neuroleptique sédatif et un traitement benzodiazépinique. Cette patiente était clairement connue pour un état dépressif majeur au moins depuis le mois de mai 2011 et son état actuel correspond à celui d'une dépression résistant partiellement au traitement, résistance induisant des limitations fonctionnelles importantes. L'état dans lequel il a observé l'expertisée est celui d'une rémission probable de la gravité de l'état initial mais il demeure majeur. En outre, l'état initial correspondait certainement à un état dépressif majeur de gravité significative. Le psychiatre traitant, le Dr C._____, indique dans son rapport médical un épisode dépressif sévère. Il est ainsi évident qu'il s'agit d'une rémission partielle d'un état dépressif majeur mais pas d'un trouble de nature dysthymique. Le Dr X._____ a ainsi fortement minimisé la gravité de l'état thymique et anxieux de Mme Q._____. Il est étonnant que le premier expert se soit écarté ainsi de l'avis du psychiatre traitant, de la psychologue soignante ainsi que du médecin traitant qui connaît sa patiente depuis 1988, comme le fait qu'il se soit écarté de l'ensemble de la comorbidité anxieuse (trouble panique et agoraphobie), de la dépendance aux benzodiazépines, du trouble alimentaire boulimique, ainsi que du trouble de la personnalité décompensé. Lorsque l'OAI en septembre 2012 estime qu'il n'y a pas de dépression résistante (ni même d'état dépressif léger), il apprécie erronément l'état de Mme Q._____.
5. A la page 16 de son expertise, le premier expert considère qu'il « n'y a plus d'incapacité de travail de principe mais une diminution de rendement de l'ordre de 30% ». Cette notion ne trouve pas d'argument dans la première expertise. On ne comprend pas ce qui différencie l'incapacité de travail de la baisse du rendement. Il n'y a aucune indication précisant si la diminution du rendement est progressive au cours de la journée ou si elle est présente dès la première heure de travail. On ne connaît pas l'impact d'une telle diminution de rendement sur une activité nécessitant une précision à tout moment de la journée, telle que la distribution des médicaments aux patients. Ce que l'on retient, comme dit ci-dessus, c'est que de toute façon la capacité de travail résiduelle tenant compte d'une baisse de rendement de 30% ne pourra pas dépasser les 56%. On comprend dès lors très mal comment le médecin du SMR de l'AI, par ailleurs non psychiatre (semble-t-il), a pu s'écarter de ces observations de la détermination du Dr X._____.

6. Toujours dans le même chapitre, le premier expert considère qu'il est « impossible de se déterminer rétroactivement » (par rapport à l'incapacité de travail). Cette affirmation est plus qu'étonnante. La présente expertise a pu retracer avec précision le développement de la maladie ainsi que de l'incapacité de travail année après année et mois après mois. On comprend dès lors très mal pourquoi le premier expert nommé pour une mission identique n'avait pas cette même possibilité. Il est inquiétant que le premier expert ne tienne pas compte d'un élément primordial qui est la décompensation survenant lors du décès de la cheffe de l'expertisée au mois de mai 2011. Non seulement le premier expert se trompe sur cette date et la situe au mois de novembre 2011, il se trompe aussi dans son appréciation de l'évolution de la capacité de travail. A la page 17 il indique lorsqu'on lui pose la question de l'évolution de la capacité de travail qu'« il y a eu accentuation à la fin de l'année 2011, ensuite amélioration ». Cette affirmation est fautive. L'accentuation a eu lieu au mois de mai 2011 et pas à la fin de la même année et elle coïncide parfaitement avec le décès de la cheffe de Mme Q._____. Cette décompensation a induit une aggravation de l'état de l'expertisée, une incapacité de travail totale et la capacité de travail retrouvée de 40% n'a connu aucune amélioration depuis bientôt 2 ans.
7. Il est important que le Dr X._____ ait indiqué la notion d'œdème récidivant du bras gauche. Il révèle que celui-ci peut jouer un rôle limitatif à la page 16 de son expertise. Il indique qu'« il est dès lors nécessaire d'obtenir un constat médical détaillé à ce sujet ». Aucune des 2 assurances s'opposant à Mme Q._____ n'a demandé un tel constat médical et n'a tenu compte de ce qui paraît représenter une réelle limitation dans le travail physique pénible exercé par cette expertisée. Il est indispensable de faire évaluer par un spécialiste non psychiatre la répercussion de cet œdème sur la capacité de travail durable.
8. A la page 9 de l'expertise du Dr X._____, il est indiqué en ce qui concerne la personnalité que « cette dernière paraît tout à fait compensée. Il existe une légère tendance anxio-évitante mais ceci plutôt à un niveau sous-jacent ». A mon avis, il n'existe aucune tendance évitante au niveau de la personnalité de Mme Q._____, plutôt sociable de nature. En revanche, comme expliqué ci-dessus dans le chapitre des diagnostics en ce qui concerne l'axe II, l'expertisée présente des traits limite-abandonniques qui sont décompensés, notamment depuis 2005. Cette observation est primordiale pour comprendre la cascade des événements ayant contribué à la décompensation thymique et anxieuse majeure de l'année 2011. Le fait que le premier expert ait considéré la personnalité comme compensée dénote d'une mauvaise compréhension du tableau global présenté par l'expertisée.
9. Dans l'ensemble, l'expertise du Dr X._____ paraît peu probante. Les 2 assurances qui se sont appuyées sur cette expertise dans leurs conclusions ont par conséquent pris de mauvaises décisions. On peut en particulier être étonné par l'attitude de l'AI et de leur service SMR qui, décision prise par un médecin apparemment non psychiatre, s'écarte sans explication

de la baisse du rendement de 30% préconisée par l'expert. Plus grave, l'avis de 2 médecins traitants dont un psychiatre et un psychologue est présumé dans l'intérêt de l'assurance comme étant tendancieux. L'OAI se détermine sur la base de l'étude du dossier sans même voir l'expertisée. L'attitude des assurances envers Mme Q. _____ la privant de ses droits et de ses indemnités en ce qui concerne l'assurance perte de gain, a été de nature délétère, la mettant sous pression économique et la fragilisant davantage avec un sentiment d'injustice et de rejet. En particulier, l'expertise du Dr X. _____ paraît sommaire, n'a pas examiné l'évolution de la psychopathologie de l'expertisée lors des différentes étapes de sa vie et ne dispose pas d'une évaluation à 5 axes indispensables pour une vision globale du tableau.

Mme Q. _____ est une personne authentique, volontaire, toujours motivée pour le travail comme elle l'a été durant toute sa vie. Elle est actuellement à bout de ressources et s'accroche avec ses dernières forces à la place de travail où elle donne satisfaction depuis 6 ans. Il y a de fortes raisons de craindre qu'elle ne parviendra pas à rester longtemps à cette place à un tel taux d'activité. Il existe également un risque qu'en cas de licenciement elle ne retrouvera plus du tout de place de travail, tenant compte de ses limitations objectives. Il est ainsi indispensable que cette expertisée puisse être entièrement reconnue par les assurances en ce qui concerne son incapacité de travail et ce depuis juin 2010.

Les incapacités de travail établies par la suite par le médecin traitant et le psychiatre traitant doivent être admises. Spécifiquement, la capacité de travail est estimée a posteriori ainsi :

- 0% entre le 14 juin 2010 et le 30 novembre 2010
- 24% du 1^{er} au 31 décembre 2010
- 40% du 1^{er} janvier au 31 mars 2011
- 80% du 1^{er} avril au 19 mai 2011
- 0% du 20 mai au 11 juillet 2011
- 40% depuis le 12 juillet 2011 et jusqu'au 12 mars 2013
- 30% depuis le 13 mars 2013, structuré sur 3 demi-journées, ce qui représente la capacité de travail à long terme.

Il est aussi souhaitable que l'AI puisse intervenir auprès de l'employeur pour, dans la mesure du possible, obtenir une structuration du temps de travail qui soit la plus compatible possible avec les limitations fonctionnelles de Mme Q. _____, comme c'était le cas lors de la reprise progressive du travail à la fin de l'année 2010.

En l'absence de toute intervention, il y a de fortes raisons de craindre qu'à moyen terme l'expertisée se trouve dans un état d'invalidité totale sur le plan psychiatrique. »

Sur la base de cette expertise, considérée comme un nouveau moyen de preuve, l'assurée, agissant par l'intermédiaire de son conseil, s'est adressée en date du 3 avril 2013 à l'office AI, faisant valoir un motif de révision/reconsidération au sens de l'art. 53 al. 1 et 2 LPGA d'une part

ainsi que de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA d'autre part, en raison de l'aggravation de son incapacité de travail. Elle a en conséquence demandé à l'office AI de rapporter sa décision. En annexe, elle a joint une copie de l'expertise du Dr D._____.

Le 18 avril 2013, l'assurance perte de gain a informé l'assurée qu'après réexamen de sa capacité de travail à la lumière des conclusions du Dr D._____, elle lui verserait des prestations d'indemnités journalières maladie à compter du 2 août 2012 en raison d'une incapacité de travail de 60% jusqu'au 12 mars 2013 puis de 70% dès le 13 mars 2013. Elle a indiqué « retirer » sa décision du 24 juillet 2012.

Le 24 avril 2013, l'assurée a réitéré sa demande auprès de l'office AI, en joignant à sa lettre la correspondance de l'assurance perte de gain du 18 avril précédent.

Le 6 mai 2013, l'office AI a accusé réception du courrier de l'assurée du 3 avril 2013 et lui a fait parvenir le formulaire de demande de prestations à remplir pour réexamen de la situation et réactualisation des données.

C. L'assurée a ainsi déposé une nouvelle demande, enregistrée le 3 juin 2013.

Dans un avis médical du 21 octobre 2013, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du SMR, a fait les observations suivantes :

« Assurée de 48 ans dont la dernière demande s'était close par la décision AI du 7 novembre 2012.

Le SMR s'est prononcé à trois reprises lors de l'instruction initiale. Le 8 novembre 2011, le 30 mai 2012 et le 4 septembre 2012. L'appréciation finale du SMR repose sur l'expertise psychiatrique X._____ du 14 mai 2012 et les rapports des médecins de l'assurée.

En date du 30 janvier 2013, l'assurée a signé une procuration à Me Hofstetter.

Le Dr D._____, psychiatre FMH, a expertisé l'assurée le 12 mars 2013 sur mandat de Me Hofstetter.

Les diagnostics retenus par le Dr D._____ figurent en page 25 de son rapport dont un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques F 45.4, soit un TSD [trouble somatoforme douloureux, réd.] au sens de la jurisprudence du TFA. Ce problème n'est pas nouveau puisqu'il était déjà signalé dans le rapport médical du 21 décembre 2010 et discuté par l'expert X._____ dans son rapport de 2012.

La capacité de travail estimée par le Dr D._____ en page 31 est de 30% à répartir sur 3 demi-journées en matinée bien qu'il écrive en page 31 : « Il existe ainsi un risque, que si la situation perdure comme actuellement, l'expertisée ne parvienne pas à assumer à long terme le taux de 40% sur 2 journées complètes ... ». Actuellement l'assurée a selon le Dr D._____ une activité à 40% sur 2 journées complètes.

Concernant le suivi médical psychiatrique, le Dr D._____ relève en page 17 qu'il existe un suivi au sein du cabinet du Dr C._____, psychiatre, et que depuis le début du suivi en 2011, l'assurée n'a consulté que 3 fois le Dr C._____.

En page 16 le Dr D._____ note que l'assurée utilise tous les jours son ordinateur pour échanger avec ses amies au Portugal via les réseaux sociaux. Il n'y a donc pas de désinsertion sociale.

En page 24, l'expert écrit : « L'expertisée souhaite après la fin de l'examen psychiatrique d'une durée de plus de 3 heures enchaîner immédiatement avec des tests auto-évaluatifs. Elle frappe par son côté volontaire. Elle semble apprécier l'encadrement médical et l'attention qui lui est portée ». Il n'y a donc pas de fatigabilité, pas de plaintes concernant l'attention et/ou la concentration, ni de baisse de l'élan vital.

Le Dr D._____ retient comme premier diagnostic un trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle, de gravité actuelle modérée F32.5. Ce diagnostic correspond dans la CIM-10 à *Major depressive disorder, single episode, in full remission*, soit épisode dépressif majeur, épisode isolé, en rémission complète. L'épisode actuel n'est ni de gravité moyenne ou sévère.

Le rapport psychiatrique du 23 août 2012 retenait déjà un épisode dépressif sévère, un TSD et un trouble de la personnalité. Le SMR s'est prononcé sur ces 3 problèmes dans son avis du 4 septembre 2012 et aucune aggravation de l'état de santé psychique n'est démontrée depuis lors. De plus en cas d'apparition d'un tableau de dépression de gravité légère ou moyenne dans un contexte établi de TSD/fibromyalgie, celui-ci doit être assimilé au TSD/fibromyalgie (jurisprudence du TFA).

En page 28, le Dr D._____ écrit que la décompensation actuelle du trouble de la personnalité a débuté en 2010-2011, soit bien antérieurement à l'expertise X._____.

Aucune aggravation, ni fait nouveau susceptible d'influencer durablement la capacité de travail exigible ne sont donc rendus plausibles depuis l'expertise X. _____ de 2012 et le dernier avis SMR de septembre 2012.

Il s'agit donc de l'appréciation différente d'une situation similaire à celle qui prévalait en 2012.

Nous maintenons donc notre position.

Dossier présenté et discuté avec le Dr U. _____ psychiatre FMH. »

Le 11 décembre 2013, l'office AI a fait savoir à l'assurée qu'il avait l'intention de refuser d'entrer en matière sur la deuxième demande de prestations déposée au mois de juin 2013, au motif qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision du 7 novembre 2012. Il s'agissait uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait. Ce projet étant demeuré sans observation, l'office AI a rendu une décision formelle de refus d'entrer en matière datée du 14 février 2014.

D. Par acte du 12 mars 2014, Q. _____ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud. Avec suite de frais et dépens, elle conclut principalement à sa réforme en ce sens que l'office AI est tenu d'entrer en matière sur la demande de révision/reconsidération formulée en vertu de l'art. 53 al. 1 et 2 LPGA. Elle demande à titre subsidiaire la réforme de la décision entreprise en ce sens que l'office AI est tenu d'entrer en matière sur la demande de révision présentée en vertu de l'art. 17 LPGA. Elle conclut encore plus subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'administration intimée pour nouvelle instruction et/ou décision au sens des considérants. D'un point de vue formel, la recourante fait grief à l'office AI de n'avoir fondé son refus d'entrer en matière que sous l'angle de l'art. 17 LPGA, alors qu'il lui appartenait d'expliquer en quoi les conditions de l'art. 53 LPGA ne lui paraissaient pas remplies dans la mesure où la recourante l'avait également invité à revoir sa position au regard de cette disposition. En ne le faisant pas, la décision querellée se révèle insuffisamment motivée et, partant, pour ce seul motif déjà, mal fondée. Sur le fond, la recourante considère que les conditions

de l'art. 53 LPGA sont réunies. D'une part, elle estime que l'expertise du Dr D._____ constitue un moyen de preuve nouveau destiné à prouver des faits nouveaux importants. D'autre part, l'expertise du Dr D._____ fait apparaître que la décision du 7 novembre 2012 repose sur une évaluation médicale discutable, de sorte que sa rectification revêtirait une importance notable puisqu'elle aboutirait, sur le vu des conclusions de cet expert, « à l'octroi d'une rente d'invalidité, très probablement entière ». L'intimé aurait donc dû entrer en matière sur l'éventualité d'une reconsidération. Dans ce sens, la recourante précise que son assurance perte de gain a rapporté sa position à la lumière de l'expertise du Dr D._____, reprenant ainsi le versement des indemnités journalières en sa faveur. En ce qui concerne l'art. 17 LPGA, la recourante met en exergue le manque de cohérence de l'office intimé. En effet, soit ce dernier reconsidère sa position sur la base de l'art. 53 LPGA, soit il considère qu'au vu de l'expertise du Dr D._____, son état de santé s'est aggravé depuis le 7 novembre 2012 puisqu'à une pleine capacité de travail exigible a succédé une incapacité de travail invalidante. L'intimé se devait ainsi au moins d'entrer en matière sur la demande de la recourante fondée sur l'art. 17 LPGA. La recourante a produit un bordereau de pièces figurant pour la plupart déjà au dossier administratif.

Dans sa réponse du 6 mai 2014, l'intimé rappelle avoir soumis l'expertise du Dr D._____ à son SMR, lequel a relevé, dans son avis du 21 octobre 2013, qu'elle ne faisait état d'aucune aggravation de l'état de santé de la recourante. Il n'était donc pas tenu d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. S'agissant de l'application de l'art. 53 al. 1 et 2 LPGA, l'intimé est d'avis, d'une part, que l'expertise du Dr D._____ ne contient aucun élément permettant d'admettre que les bases de la décision du 7 novembre 2012 comportaient des défauts objectifs et, d'autre part, qu'une divergence d'appréciation entre deux experts s'exprimant successivement sur le cas d'un même assuré ne suffit pas pour considérer qu'une décision prise par l'administration soit entachée d'une inexactitude manifeste propre à entraîner une reconsidération. Il s'ensuit que ni les conditions d'une révision procédurale ni celles d'une reconsidération ne sont remplies dans le cas précis. En

conséquence, l'intimé propose le rejet du recours et le maintien de la décision querellée.

En réplique du 14 mai 2014, la recourante observe que l'intimé semble reconnaître ne pas avoir examiné la situation sous l'angle de l'art. 53 LPGA puisqu'il en discute enfin les conditions d'application. Cela étant, elle répète que l'expertise du Dr D. _____ constitue un moyen de preuve nouveau, lequel fait naître des doutes raisonnables quant au caractère erroné de la décision du 7 novembre 2012, réalisant ainsi les conditions de l'art. 53 al. 1 et 2 LPGA. Partant, elle déclare maintenir les conclusions de son recours.

Dupliquant le 27 mai 2014, l'intimé relève que la recourante se borne à réitérer les griefs formulés dans son mémoire de recours, si bien qu'il renvoie aux arguments exposés dans sa réponse du 6 mai précédent. Il confirme dès lors ses conclusions tendant au rejet du recours et au maintien de la décision contestée.

Cette écriture a été transmise pour information à la recourante. Elle a fait savoir, en date du 25 août 2014, qu'elle n'avait pas d'observations complémentaires.

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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; 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 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.

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 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) Interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. Suivant les conclusions du recours, il y a lieu de déterminer si la recourante dispose d'un motif de révision/reconsidération au sens de l'art. 53 al. 1 et 2 LPGA, respectivement de révision au sens de l'art. 17 LPGA de la décision de refus de rente du 7 novembre 2012. Trancher le présent litige revient donc à se demander si, par la décision dont est recours du 14 février 2014, c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante en date du 3 juin 2013.

3. a) D'entrée de cause, il convient de relever, à l'instar de la recourante, que l'office AI n'a pas rendu de décision sur la demande de révision procédurale/reconsidération au sens de l'art. 53 al. 1 et 2 LPGA présentée en date du 3 avril 2013. Bien plutôt, l'intimé s'est contenté d'instruire la cause uniquement sous l'angle de la révision de l'art. 17 LPGA.

Selon la jurisprudence, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) si elle omet de se prononcer sur des griefs qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la

décision à rendre (cf. ATF 133 III 235 consid. 5.2 ; 126 I 97 consid. 2b ; 125 III 440 consid. 2a ; TF [Tribunal fédéral] 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 2.1 ; cf. aussi TF 8C_21/2014 du 6 novembre 2014 consid. 4.2). Tel est le cas en l'espèce. A cela s'ajoute que, ce faisant, l'administration intimée a contrevenu à la jurisprudence consacrant le caractère subsidiaire de la réglementation en matière de révision visée à l'art. 17 LPGA par rapport à celle concernant la reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA (TF 9C_170/2008 du 7 novembre 2008 consid. 2.1 ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, p. 847, n. 3128).

b) Cela étant, l'absence de décision demeure sans incidence en matière de reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA. En effet, selon la jurisprudence, l'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées ; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peut l'y contraindre. Le corollaire en est que les décisions portant sur un refus d'entrer en matière sur une demande de reconsidération ne peuvent pas faire l'objet d'un contrôle en justice (ATF 133 V 50 consid. 4.1 ; 119 V 475 consid. 1b/cc ; 117 V 8 consid. 2a ; TF 8C_866/2009 du 27 avril 2010 consid. 2.2; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3^e éd., n. 73 ad art. 53 LPGA). Une administration refuse d'entrer en matière sur une demande de reconsidération lorsqu'elle se borne à procéder à un examen sommaire de la requête et répète les motifs invoqués dans la décision initiale (ATF 117 V 8 consid. 2b/aa ; TF 8C_609/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.1).

Rien ne s'oppose à l'application de cette jurisprudence au cas d'espèce, si l'on considère que la décision litigieuse vaut décision implicite de refus d'entrée en matière sur la demande de reconsidération. Dans cette mesure, le recours n'est donc pas recevable sur ce point.

4. Compte tenu du fait que l'examen d'un motif de révision procédurale prime celui d'une révision fondée sur l'art. 17 LPGA, également litigieuse dans la présente cause, il convient d'entrer en matière sur le recours en tant qu'il concerne la révision procédurale,

nonobstant le déni de justice formel, et par économie de procédure ainsi que par gain de temps, de statuer directement sur le fond du litige.

a) En vertu de l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. La notion de fait ou moyen de preuve nouveau s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (cf. art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (cf. art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110) (cf. TF 9C_764/2009 du 26 mars 2010 consid. 3.1, in SVR 2010 IV n° 55 p. 169).

Sont "nouveaux" au sens de ces dispositions les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. La nouveauté se rapporte ainsi à la découverte du fait, et non au fait lui-même. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base du jugement entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale (cf. ATF 127 V 353 consid. 5b et les références ; cf. TF 8C_824/2014 du 29 décembre 2014 consid. 2). Il n'y a pas motif à révision du seul fait que l'administration ou le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale.

L'appréciation inexacte doit bien plutôt être la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (cf. ATF 127 V 353 consid. 5b et les références ; cf. TF 9C_589/2013 du 2 mai 2014 consid. 4.2 et les références). Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs (cf. ATF 127 V 353 consid. 5b et les références ; cf. TF 8C_501/2014 du 5 août 2015 consid. 2 ; 9C_531/2014 du 27 janvier 2015 consid. 4.1 ; 9C_589/2013 du 2 mai 2014 consid. 4.2 et 9C_371/2008 du 2 février 2009 consid. 2.3).

Par ailleurs, conformément à l'art. 67 PA, applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA, une demande de révision doit être adressée par écrit à l'autorité de recours dans les 90 jours qui suivent la découverte du motif de révision, mais au plus tard dix ans après la notification de la décision sujette à révision (TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 3/05 du 17 juin 2005, in : HAVE / REAS 2005 p. 242 ; U 43/05 du 31 octobre 2005 consid. 2 ; Kieser, op. cit., n. 38 ad art. 53 LPGA).

b) En l'espèce, la demande de révision procédurale présentée par l'assurée le 3 avril 2013 se fonde sur l'expertise du Dr D._____, datée du 2 avril précédent. Le délai d'introduction de la demande de 90 jours est ainsi respecté.

L'assurée ne fait pas valoir qu'elle aurait été empêchée de mandater l'expert D._____ sitôt connues les intentions de l'office AI ensuite de la communication de son projet de décision du 7 juin 2012. Il s'est écoulé cinq mois entre ce projet et la décision finale du 7 novembre 2012, temps a priori suffisant pour mandater un expert privé, d'autant qu'une prolongation du délai d'observation sur un projet de décision est notoirement possible. L'assurée a, pour des raisons non explicitées, renoncé à recourir contre la décision précitée pour ensuite diligenter l'expertise auprès du Dr D._____ et déposer la demande de révision. On rappellera à cet égard que, selon le Dr D._____, le motif de l'expertise réside dans le refus de l'office AI d'octroyer des prestations d'assurance à

la recourante (cf. rapport d'expertise du 2 avril 2013, p. 2). En de telles circonstances, il est manifeste que l'assurée n'a pas fait preuve de la diligence requise.

Quoi qu'il en soit, la demande de révision procédurale n'est pas recevable dans la mesure où l'expertise du Dr D. _____ ne constitue qu'une nouvelle appréciation de l'état de santé de l'assurée, en termes de diagnostics et de capacité de travail résiduelle. Elle ne révèle pas de faits nouveaux, étant rappelé ici que c'est l'état de santé antérieur à la décision du 7 novembre 2012 qui doit être apprécié d'une part et d'autre part, s'agissant du grief de l'inexhaustivité de l'expertise du Dr X. _____ en relation avec l'anamnèse et les circonstances personnelles, qu'il incombait à l'assurée de faire part à cet expert de l'intégralité des éléments factuels et personnels la concernant. On soulignera dans ce contexte que l'expert Dr X. _____ s'est employé tout au long de la durée de l'examen à s'assurer auprès de la recourante si ses reformulations correspondaient à ce qu'elle voulait exprimer. A la fin de l'examen, il a encore vérifié si elle s'était sentie comprise et désirait ajouter autre chose (cf. rapport d'expertise du 14 mai 2012, p. 10). L'assurée était donc en mesure de fournir à l'expert Dr X. _____ toute indication qu'elle estimait pertinente, étant encore précisé qu'aucun des deux experts n'a fait état de problèmes de compréhension linguistique (cf. rapport d'expertise du Dr D. _____ du 2 avril 2013, p. 24 et rapport d'expertise du Dr X. _____ du 14 mai 2012, p. 8). Dans l'hypothèse d'une omission par l'expert Dr X. _____ de la mention d'éléments factuels, il appartenait à la recourante de s'en prévaloir dans la procédure administrative au stade des observations sur le projet de décision. Elle n'a donc pas fait preuve de la diligence requise. Par ailleurs, des éléments de fait connus, mais non communiqués, ne sauraient constituer des faits nouveaux fondant une révision.

Autrement dit, la description différente ou lacunaire de son état de santé psychique par l'assurée pour la période antérieure au 7 novembre 2012 n'est en l'occurrence pas un motif de révision au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, même si elle débouche sur de nouveaux diagnostics.

S'agissant de la capacité de travail, l'expert Dr X._____ s'est refusé à l'évaluer antérieurement à la date de l'examen clinique, considérant qu'il était difficile, voire impossible de se déterminer rétroactivement. L'expert Dr D._____, quant à lui, se prononce rétroactivement mais en faisant siennes les incapacités de travail rapportées par les médecins traitants de l'assurée. Or, celles-ci étaient déjà connues de l'office AI lors de sa décision du 7 novembre 2012. Il s'agit donc d'une nouvelle appréciation mais pas d'un nouveau moyen de preuve. Enfin, s'agissant de la diminution de rendement de 30% retenue par l'expert Dr X._____ en relation avec la fatigue de l'assurée comme de sa suggestion d'un constat médical détaillé en relation avec l'œdème récidivant du bras gauche, il s'agit de faits déjà connus de l'office AI comme de la recourante au stade de la décision du 7 novembre 2012 et il appartenait à cette dernière de contester en temps utile l'appréciation de l'expertise du Dr X._____ par l'office AI s'agissant de la diminution de rendement comme l'absence des investigations médicales complémentaires.

En conséquence, on ne peut que constater que les conditions d'une révision procédurale ne sont pas réalisées dans le cas d'espèce. Le recours doit donc être rejeté sur ce point.

5. Doit encore être examinée la question de savoir si c'est à juste titre que l'office intimé a, par la décision dont est recours du 14 février 2014, refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assurée en date du 3 juin 2013, au motif qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision du 7 novembre 2012.

a) En vertu de 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.

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

b) Lorsque la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI; ATF 109 V 262 consid. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 4b et les références).

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. 3 RAI et que l'assuré a interjeté

recours pour ce motif. 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 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.1 et 2.2).

c) L'état de santé psychique de l'assurée à la date de l'examen clinique du Dr D._____ le 12 mars 2013 est différent de celui présenté lors de l'examen du Dr X._____ le 14 mai 2012. Il existe des symptômes nouveaux tels qu'une insomnie globale ainsi qu'une irritabilité (rapport d'expertise du Dr D._____ du 2 avril 2013, p. 26). De plus, le Dr X._____ constatait une énergie vitale maintenue et l'absence de troubles cognitifs majeurs. Il relevait par ailleurs que l'assurée était en majeure partie euthymique, même dans une tonalité positive avec de nombreux sourires et des moments d'amusement et son anxiété n'était que sous-jacente, sans pathologie anxieuse saillante (rapport d'expertise du 14 mai 2012, p. 15). Pour sa part, le Dr D._____ évoque une perte de l'élan vital accompagnée d'une aboulie et d'une anhédonie partielles ainsi que la présence de troubles cognitifs handicapants. Il observe une baisse de la thymie et des pleurs ainsi qu'une atteinte anxieuse majeure associée à une conduite phobique (rapport d'expertise du 2 avril 2013, pp. 26 et 27), justifiant le diagnostic de trouble panique avec agoraphobie (F 40.01). Cela étant, le Dr D._____ évoque la présence « au stade actuel d'un épisode dépressif majeur », « l'état actuel » correspondant selon lui « à une atteinte nettement plus importante » (rapport d'expertise du 2 avril 2013, p. 26). L'expert Dr D._____ écrit aussi que l'assurée « était clairement connue pour un état dépressif majeur au moins depuis le mois de mai 2011 et son état actuel correspond à celui d'une dépression résistant partiellement au traitement, résistance induisant des limitations fonctionnelles importantes. L'état dans lequel [le Dr X._____] a observé l'expertisée est celui d'une rémission probable de la gravité de l'état initial mais il demeure majeur. En outre, l'état initial correspondait certainement à un état dépressif majeur de gravité significative. Le psychiatre traitant, le Dr C._____, indique dans son rapport médical [du 23 août 2012] un épisode dépressif sévère. Il est ainsi évident qu'il s'agit d'une rémission

partielle d'un état dépressif majeur mais pas d'un trouble de nature dysthymique » (rapport d'expertise du 2 avril 2013, p. 35).

Il résulte des éléments qui précèdent que l'éventualité d'une aggravation de l'état de santé de la recourante entre l'expertise du Dr X._____ et celle du Dr D._____ ne saurait être purement et simplement exclue. A cela s'ajoute que l'appréciation du Dr D._____ se fonde sur le résultat de tests cliniques éprouvés tels que les échelles de dépression de Hamilton et de Beck, démarche méthodologique à laquelle le Dr X._____ a expressément renoncé, au profit d'une approche cherchant à différencier les notions issues de l'expertisée des observations de l'expert. Ainsi, en considérant que l'expertise du Dr D._____ ne rendait pas plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante et en rendant dès lors une décision de refus d'entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assurée le 3 juin 2013, l'intimé a procédé à une appréciation erronée des circonstances déterminantes du cas. Il s'ensuit que le recours doit être admis en tant qu'il concerne le moyen tiré de la révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA.

6. En définitive, le recours doit être admis en tant qu'il concerne le moyen tiré de la révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, ce qui entraîne l'annulation de la décision de refus d'entrée en matière rendue par l'office AI le 14 février 2014. Il convient dès lors de renvoyer la cause à cet office afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée par la recourante le 3 juin 2013, puis rende une nouvelle décision après complément d'instruction.

Le recours est rejeté en tant qu'il porte sur la révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA et déclaré irrecevable en tant qu'il porte sur la reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA.

7. Ayant procédé par l'intermédiaire d'un mandataire professionnel, la recourante, qui obtient gain de cause sur un des moyens soulevés, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 3'000 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), lequel,

débouté, supportera les frais de la cause, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 4 al. 2 TFJDA [Tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]).

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

- I. Le recours est admis en tant qu'il concerne le moyen tiré de la révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA.
- II. Le recours est rejeté en tant qu'il porte sur la révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA et déclaré irrecevable en tant qu'il porte sur la reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA.
- III. La décision rendue le 14 février 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cette autorité pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.
- V. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat (pour Q. _____),
- 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).

Le greffier :