

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 6 octobre 2015

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mme Dormond Béguelin et M. Berthoud, assesseurs  
Greffière : Mme Monney

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

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

et

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

---

**Art. 87 al. 2 et 3 RAI ; 29 al. 2 Cst.**

**E n f a i t :**

**A.** P.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante [...], est née en [...]. Fuyant la guerre, elle est arrivée en Suisse en [...] avec ses deux enfants. Veuve, elle ne dispose d'aucune formation professionnelle et n'a presque jamais travaillé depuis son arrivée en Suisse. Elle est au bénéfice d'un permis C.

**B.** Le 5 mai 2006, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : l'AI) pour adultes, faisant état de douleurs au dos et de vertiges.

Dans son 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 B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, n'a mentionné aucun diagnostic avec répercussions sur la capacité de travail.

S'agissant des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, le médecin précité a souligné la présence de lombalgies récurrentes sans syndrome déficitaire, de vertiges non systématisés fonctionnels, de douleurs somatoformes et d'excès pondéral. Il a également indiqué que l'assurée l'avait régulièrement consulté de 1996 à 2005 pour des plaintes multiples et que certains 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 B.\_\_\_\_\_ 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 B.\_\_\_\_\_ 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 Y.\_\_\_\_\_ a notamment posé 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. Ce médecin a également décrit les limitations fonctionnelles de sa patiente, précisant que le fonctionnement intellectuel de cette dernière était normal.

Par décision du 20 février 2007, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée au motif que selon les renseignements en sa possession, notamment les rapports médicaux des médecins traitants de P.\_\_\_\_\_, cette dernière ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI. Cette décision n'a pas fait l'objet de recours.

**C.** Le 13 janvier 2011, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI, invoquant une fibromyalgie, un état dépressif et un syndrome d'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 Y.\_\_\_\_\_. Celle-ci indiquait que sa patiente 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 G.\_\_\_\_\_, 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 13 janvier 2011, au motif que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. La décision du 15 mars 2011 n'a pas fait l'objet d'un recours.

**D.** Le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et A.\_\_\_\_\_, psychologue assistante au X.\_\_\_\_\_ (ci - après : le X.\_\_\_\_\_) ont examiné l'assurée les 19 et 30 janvier 2012 pour faire un bilan psychiatrique à la demande du Dr G.\_\_\_\_\_.

Dans leur rapport du 2 mars 2012 adressé au Dr G.\_\_\_\_\_, les médecins précités ont posé le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique chronique, de trouble douloureux chronique et de trouble dépressif chronique, épisode actuel moyen.

Le Dr R.\_\_\_\_\_ et la psychologue A.\_\_\_\_\_ 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 P.\_\_\_\_\_ 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 P.\_\_\_\_\_ 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 P.\_\_\_\_\_, 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 K.\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute, où un premier entretien a été organisé en date du 10 février 2012, avec Mme Z.\_\_\_\_\_, psychologue, parlant la langue de la patiente. »

**E.** En date du 7 mars 2013, l'assurée a déposé nouvelle demande de prestations AI en indiquant, sous le chiffre 6.2 intitulé « Précisions sur le genre d'atteinte à la santé » : « divers problèmes physiques et psychiques ».

À l'appui de cette demande, elle a produit un rapport du 20 mars 2013 du Dr V.\_\_\_\_\_, médecin praticien au cabinet médical « [...]», 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 mentionnait également 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. Il estimait que l'assurée était en incapacité totale de travail dans toutes les activités et que le pronostic était défavorable chez une patiente dans un état catastrophique.

Selon un avis médical du 22 juillet 2013 du Dr S.\_\_\_\_\_, 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 R.\_\_\_\_\_ 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-déficientes, des cervicalgies chroniques, un syndrome de stress post-traumatique secondaire à une exposition à des actes de guerre existant antérieurement à l'établissement de la patiente 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 au motif que l'atteinte à la santé de l'assurée n'avait pas de caractère invalidant au sens de l'AI.

Dans un certificat médical du 27 août 2013 à l'attention de l'OAI, le Dr V.\_\_\_\_\_ 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 certificat médical du Dr V.\_\_\_\_\_ 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 « [...]», à Renens, du 20 mars 2013, et du rapport du X.\_\_\_\_\_ 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.

**F.** Par acte du 20 novembre 2013, P.\_\_\_\_\_, 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 vaudois, en concluant préliminairement à ce qu'il soit entré en matière sur

le recours et 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 pluridisciplinaire, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. A l'appui de son recours, elle a produit différents rapports médicaux :

- un rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie, du 3 février 2011, adressé au Dr G.\_\_\_\_\_, qui faisait état d'apnées du sommeil sévères. Ce médecin notait également que sa patiente ne comprenait pas les enjeux du traitement, ne maîtrisant pas le français et avait besoin d'extérioriser son mal-être par toutes sortes de symptômes, si bien qu'il l'estimait incapable de suivre correctement le traitement ;

- un rapport de la Policlinique médicale universitaire du 31 janvier 2012 qui mentionnait notamment que la patiente ne supportait pas le port de prothèses dentaires ;

- un rapport du Dr N.\_\_\_\_\_, radiologue, du 7 septembre 2012 concernant une échographique de la cuisse droite. Ce médecin observait un effet de masse mal délimité à tonalité lipomateuse intramusculaire du droit fémoral nécessitant un complément d'examen de type IRM, surtout au vu de la symptomatologie douloureuse relativement criante décrite par la patiente. Il relevait également une possible tendinopathie d'insertion des abducteurs sur le grand trochanter avec une composante de bursite, précisant qu'en cas de nécessité clinique, une infiltration locorégionale sous contrôle échographique pourrait être effectuée.

- un rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ du 2 octobre 2012 s'agissant d'un CT-scan cérébral et d'une IRM de la cuisse droite. Ce médecin faisait état d'une masse lipomateuse intramusculaire présentant un aspect infiltratif à sa partie inférieure, la lésion

étant confinée dans le muscle droit fémoral, sans prise de contraste ni de contingent tissulaire suspect. Il ajoutait qu'au vu de la position intramusculaire et de la symptomatologie douloureuse de la lésion, un contrôle évolutif selon la clinique serait à envisager.

- un rapport médical du 1<sup>er</sup> mars 2013 des Drs H.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint, et D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, du X.\_\_\_\_\_ adressé au Dr G.\_\_\_\_\_. Ces médecins avaient examiné l'assurée les 21 et 28 février 2013 et avaient posé les diagnostics de trouble dépressif chronique, épisode actuel sévère, de trouble douloureux chronique et de syndrome de stress post-traumatique chronique. Ils avaient relevé les éléments suivants (cf. rubrique « Discussion » du rapport précité) :

« 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 P.\_\_\_\_\_ présente depuis de nombreuses années un syndrome de stress post-traumatique suite à la guerre dans son pays d'origine, la [...], 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 P.\_\_\_\_\_ mais celle-ci a trouvé d'elle-même un psychiatre

qui parle sa langue, Mme M. \_\_\_\_\_ 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 concernant un scanner-abdomino-pelvien effectué le 29 mai 2013 duquel il ressortait une stéatose hépatique diffuse, des calcifications parenchymateuses hépatiques, une lésion de 1,7 cm du segment IV du foie, dont l'aspect morphologique et le comportement hémodynamique sont compatibles avec un angiome, des kystes corticaux des deux reins, un calcul intra-caliciel de 3,6 mm du rein droit, des diverticules coliques et sigmoïdiens sans signe inflammatoire, une hernie hiatale et des aspects pouvant faire suspecter une symphysite pubienne. Aucune dilatation des voies urinaire n'était observée.

- un rapport établi à la suite d'une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la hanche droite du 21 août 2013 qui faisait état de signes de légère coxarthrose bilatérale avec chondropathie coxo-fémorale de grade II au niveau de la hanche droite et de grade I au niveau de la hanche gauche, d'une bursite péri-trochantérienne des deux côtés plus marquée à droite, d'aspects compatibles avec un status après déchirure musculaire de la partie distale des grands fessiers près de leur insertion au niveau des grands trochanters des deux côtés, une tendinite et une insertionite marquée des ischio-jambiers à leur insertion proximale sur l'ischion gauche. Aucun signe de fracture ni de lésion osseuse suspecte n'était observé.

À l'appui de son recours, l'assurée soutenait globalement que le rapport médical du F. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mars 2013 et celui de son médecin traitant du 20 mars 2013 démontraient une aggravation de son état de santé puisqu'elle présentait désormais un épisode dépressif sévère, alors qu'il n'était que moyen en 2006. Elle faisait 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'était aggravé et qu'un nouveau diagnostic était apparu (« démence (F03) », cf. rapport du Dr V. \_\_\_\_\_ du 20 mars 2013 ).

Dans sa réponse du 19 décembre 2013, l'OAI a conclu 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.

L'assurée 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 S. \_\_\_\_\_. Selon ce dernier, le rapport médical du Dr R. \_\_\_\_\_ 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. Quant au tableau clinique décrit dans le rapport du X. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mars 2013, il était similaire à celui du Dr R. \_\_\_\_\_ 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 S. \_\_\_\_\_, le syndrome de stress post-traumatique était antérieur à l'établissement de l'assurée 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 V. \_\_\_\_\_, le Dr S. \_\_\_\_\_ notait que la liste de dix diagnostics n'était étayée par aucun examen clinique et/ou consultation spécialisée. Ainsi, il retenait qu'aucune

aggravation durable de l'état de santé de l'assurée n'avait été rendue plausible depuis la dernière décision AI.

L'assurée a maintenu sa position dans ses déterminations du 20 mars 2014.

**G.** Dans son arrêt du 19 mai 2014 en la cause AI 286/13 - 109/2014, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois a rejeté le recours du 20 novembre 2013 et confirmé la décision rendue le 17 octobre 2013 par l'OAI. La Cour a préalablement précisé que la décision querellée constituait, malgré sa formulation, un refus d'entrer en matière et que la procédure pendante portait dès lors uniquement sur le point de savoir si l'assurée avait rendu plausible une modification significative de son état de santé justifiant la révision de son cas depuis le 20 février 2007 au vu des pièces médicales produites par devant l'OAI. Elle a également indiqué que les nouveaux rapports médicaux, notamment celui du 1<sup>er</sup> mars 2013 des Drs H.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, produits avec le recours ne pouvaient être pris en considération dans le cadre de la procédure de recours puisque l'OAI n'en avait pas connaissance au moment où il avait rendu sa décision le 17 octobre 2013.

En substance, le Tribunal a considéré que les rapports produits, en particulier celui du Dr V.\_\_\_\_\_ daté du 20 mars 2013, ne semblait pas attester d'une nouvelle atteinte à la santé, hormis la maladie de Sjörden et la lésion ligamentaire du genou droit avec arthrose multiple. La Cour relevait que le médecin précité n'exposait toutefois aucun détail sur la gravité de ces atteintes et sur leur répercussion concrète sur la capacité de travail de l'assurée, mentionnant tout au plus des difficultés à se déplacer.

S'agissant du volet psychique, la Cour a notamment observé que le Dr V.\_\_\_\_\_ avait posé des diagnostics correspondant dans une large mesure à ceux déjà mentionnés en 2006, sans attester de péjoration par rapport à la situation prévalant à l'époque, hormis concernant la gravité de la dépression et le diagnostic de démence. Le Tribunal a

toutefois considéré que ces diagnostics n'étaient pas corroborés par les médecins psychiatres du X.\_\_\_\_\_. Il a également rappelé l'avis du Dr S.\_\_\_\_\_ selon lequel les diagnostics établis par le Dr R.\_\_\_\_\_ ne rendaient pas plausible une aggravation durable de l'état de santé de l'assurée, le trouble dépressif ayant évolué dans le cadre d'un trouble somatoforme présent de longue date. Le médecin du SMR observait aussi que le Dr V.\_\_\_\_\_ n'avait étayé par aucun examen clinique ou consultation spécialisée les diagnostics posés. Compte tenu des rapports médicaux produits, l'appréciation de l'OAI quant au fait que l'assurée n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé n'était ainsi pas critiquable, de sorte que le refus d'entrée en matière était fondé.

La Cour de céans a également mentionné ce qui suit (cf. consid. 4b in fine) :

« L'on précisera 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 X.\_\_\_\_\_ 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. »

L'arrêt précité n'a pas fait l'objet d'un recours.

**H.** Se fondant sur le consid. 4b de l'arrêt susmentionné, l'assurée a, par l'intermédiaire de son mandataire, sollicité l'OAI en date du 22 mai 2014 afin qu'il rende une nouvelle décision sur sa demande de prestations.

Le cas de l'assurée a été soumis une nouvelle fois au Dr S.\_\_\_\_\_ du SMR. Dans son avis médical du 10 juillet 2014, ce dernier a observé ce qui suit :

« [...] Le tableau clinique de février 2013 est donc similaire à celui décrit par le Dr R. \_\_\_\_\_ une année plutôt et les examinateurs de 2013 ont pris soin d'écrire en page 3, au sujet de la dépression chronique qui affecte l'assurée de longue date : « ce diagnostic est à mettre en lien avec les deux diagnostics sous-jacents » soit le trouble somatoforme existant de longue date et le syndrome de stress post-traumatique constitué avant l'arrivée de l'assurée en Suisse.

Le syndrome de stress post-traumatique est antérieur à l'établissement de l'assurée en Suisse et le trouble somatoforme douloureux évolue depuis au moins 2005 (RM B. \_\_\_\_\_ 29 mai 2006). Il s'agit donc de l'appréciation différente d'une situation similaire et, à la lumière de la jurisprudence du TFA en matière de TSD/fibromyalgie, le trouble dépressif qui s'est développé dans le sillage du trouble somatoforme doit être confondu avec celui-ci.

Concernant les documents médicaux signés par le Dr V. \_\_\_\_\_, dont celui daté du 20 mars 2013 comporte une liste de 10 diagnostics qui n'est étayée par aucun examen clinique et/ou consultation spécialisée. Au point 4 de ce rapport il écrit « patiente dans un état catastrophique » alors que les psychiatres du X. \_\_\_\_\_ écrivaient à la même époque « Il s'agit d'une patiente de 58 ans, faisant son âge. L'hygiène et le style vestimentaire sont sans particularité Elle est obèse. Elle est orientée aux quatre modes et collaborante » ce qui est en contradiction avec le Dr V. \_\_\_\_\_. Les rapports des psychiatres du X. \_\_\_\_\_ sont détaillés et reposent sur des examens cliniques.

L'IRM de la hanche droite du 21 août 2013 ne montre pas d'atteinte osseuse. Des images compatibles avec « des signes de légères coxarthrose bilatérale avec chondropathie coxo-fémorale de grade II au niveau de la hanche droite et de grade I au niveau de la hanche gauche » sont notées par le Dr J. \_\_\_\_\_. Une tendinite et une insertionite marquée des ischio-jambiers à leur insertion proximale sur l'ischion gauche sont aussi présents. Il n'y a pas d'intervention d'un médecin rhumatologue dans la prise en soin de l'assurée. Ces éléments radiographiques ne sont pas à même de rendre plausible une aggravation durable de l'état de santé.

Le scanner abdomino-pelvien du 29 mai 2013 retient des images de stéatose diffuse, commune chez les patients obèses et sédentaires de la cinquantaine. Les kystes corticaux des 2 reins sont des découvertes fortuites en relation avec aucune maladie annoncée ou plaintes de l'assurée. Les diverticules coliques et sigmoïdiens sans signe inflammatoire ne constituent pas une maladie et sont asymptomatiques à ce jour. La hernie hiatale est une constatation de présence d'une partie de l'estomac dans la cavité thoracique qui, au cas où elle serait symptomatique, est traitable de façon efficace par des stratégies conventionnelles. Il n'y a donc pas la non plus, matière à rendre plausible une aggravation durable de la LAI.

Le CT cérébral et l'IRM de la cuisse droite du 2 octobre 2012 n'objective aucun élément en faveur d'une maladie au sens de la CIM-10.

L'échographie de la cuisse droite, prescrite par le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin de famille, est réalisée le 7 septembre 2012 aux motifs suivant: « Fibromyalgie. Douleurs de la cuisse droite antérieures avec effet de pseudo-masse ». Aucun processus tumoral, dégénérative ou séquellaire de traumatismes du passé n'est objectivé L'hypothèse de « possible tendinopathie d'insertion des abducteurs est évoquée de même que le traitement par infiltration locorégionale de ce type de problème. Force est donc de conclure qu'aucune aggravation durable n'est rendue plausible par un tel examen, bien au contraire.

Aucune aggravation durable de l'état de santé n'est donc rendue plausible depuis la dernière décision AI.

Consilium psychiatrique avec le Dr O.\_\_\_\_\_, psychiatre SMR, en ce qui concerne les rapports et courriers émanant de psychiatre ou de service hospitalier de psychiatrie. »

Dans son projet de décision du 14 juillet 2014, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il n'entendait pas entrer en matière sur sa demande de prestations. Il estimait que cette dernière n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision et que l'on était en présence d'une appréciation différente d'un même état de fait. Le projet de décision mentionnait également qu'avant de notifier la décision munie des moyens de droit, l'assurée avait la possibilité d'apporter dans les trente jours, par écrit ou oralement dans le cadre d'une entrevue sur rendez-vous, ses objections fondées à l'encontre des conclusions de l'OAI ou de demander des renseignements complémentaires à ce sujet.

Par courrier du 18 août 2014, l'assurée s'est opposée, par le biais de son mandataire, au projet de décision susmentionné. En substance, elle a reproché à l'OAI une absence de motivation du projet de décision. Elle a ajouté que selon l'arrêt précité de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois, les nouveaux rapports médicaux produits à l'appui du précédent recours et dont l'OAI n'avait pas connaissance au moment de statuer semblaient cette fois rendre plausible l'aggravation des atteintes à la santé présentée par l'assurée, avec notamment une évolution de l'état dépressif vers un épisode actuellement sévère. Elle se référait plus précisément au rapport du X.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mars 2013. L'assurée invoquait enfin les règles de procédure en vertu desquelles l'OAI devait apprécier ces rapports médicaux et elle requérait,

en cas de doutes s'agissant de leurs conclusions, d'être soumise à un nouvel examen médical, en particulier pour confirmer ou infirmer l'aggravation des troubles psychiatriques mis en exergue par le X. \_\_\_\_\_ et par son médecin traitant.

Dans sa décision du 17 octobre 2014, l'OAI a confirmé sa position, refusant d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assurée. À l'appui de cette décision, l'autorité a réitéré les arguments contenus dans son projet de décision du 14 juillet 2014. Dans son courrier d'accompagnement du même jour adressé à l'assurée, l'OAI a ajouté que les pièces médicales avaient été soumises au SMR et qu'il ressortait des observations médicales qu'une aggravation durable de l'état de santé de l'assurée n'avait pas été rendue plausible. L'OAI a également remis à l'assurée une copie de l'avis du SMR du 10 juillet 2014 et a précisé qu'un nouvel examen médical n'était pas pertinent.

I. Par acte du 20 novembre 2014, P. \_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours à l'encontre de la décision précitée, concluant préliminairement à ce qu'il soit entré en matière sur le recours et à être dispensée de toute avance de frais. Elle conclut principalement à l'admission du recours, ainsi que 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 pluridisciplinaire afin de constater le degré de sa capacité de travail et de gain et son droit à une rente AI. Subsidiairement, elle conclut à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire afin de constater le degré de sa capacité de travail et de gain et son droit à une rente AI.

À l'appui de son écriture, la recourante produit une série de pièces dont un rapport du Dr V. \_\_\_\_\_ daté du 13 novembre 2014 adressé au Centre social protestant faisant état des diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptôme psychotique (F33.3), personnalité dépendante (F60.7), toc obsessionnel, modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0), maladie de Sjödren, démence non spécifiée (F03), hypertension artérielle, état de stress post-traumatique (F43.1), troubles

douloureux chroniques, lésion ligamentaire du genou droit avec arthrose multiple et céphalées de tension. Le médecin précité mentionne également 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. Il estime que l'assurée est en incapacité totale de travail et que le pronostic est défavorable chez une patiente dans un état catastrophique.

La recourante soutient, en substance, que le rapport médical du X.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mars 2013 démontre clairement une aggravation de son état de santé, vu que l'état dépressif est actuellement sévère, alors qu'il n'était que moyen en 2006. Se référant au rapport médical du Dr V.\_\_\_\_\_ du 13 novembre 2014, elle ajoute que cette constatation est corroborée par les constats récents de son médecin traitant. La recourante reproche également à l'intimé de ne lui avoir envoyé le rapport médical du SMR du 10 juillet 2014 qu'avec la décision définitive et non pas avec le projet de décision. Elle explique que cette attitude a pour conséquence qu'elle n'a pas eu le temps de soumettre cet avis pour en obtenir une évaluation médicale complète et qu'elle n'est dès lors pas en mesure de fournir de rapport médical supplémentaire à ceux déjà fournis, soit celui du F.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mars 2013 et celui du Dr V.\_\_\_\_\_ du 20 mars 2013. Le fait d'envoyer le rapport du SMR uniquement au stade de la décision constitue selon la recourante une violation du droit d'être entendu puisqu'elle n'a pas pu prendre position ni sur ledit rapport ni sur le projet de décision, du moins pas de manière satisfaisante et complète.

Elle ajoute que si le Dr V.\_\_\_\_\_ n'établit pas lui-même un rapport clinique complet et détaillé, c'est pour éviter le reproche selon lequel il ferait preuve d'empathie envers sa patiente et que son avis ne soit pris en considération pour cette raison. Elle mentionne également que le diagnostic posé par le médecin précité n'étant pas invraisemblable a priori, il appartient à l'autorité de procéder aux démarches nécessaires pour infirmer ou confirmer ce diagnostic. De plus, elle reproche à l'OAI de se fonder, sans l'avoir rencontrée, sur des documents étayant la thèse

d'une aggravation pour en tirer la conclusion inverse. Par ailleurs, elle relève que son médecin traitant avait déjà mentionné à l'époque le diagnostic de démence et que celui-ci n'avait pas été examiné par l'intimé. De ce fait, comme aucun médecin de l'OAI ne l'a examinée depuis au moins sept ans, il est, selon elle, impossible pour cette autorité d'évaluer quel est son état de santé effectif actuel.

Dans sa réponse du 20 janvier 2015, l'intimé conclut au rejet du recours. Il invoque que dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations AI, la recourante n'a apporté aucun élément rendant plausible une aggravation ou une nouvelle atteinte à la santé susceptible d'influencer ses droits. Il estime donc que c'est à juste titre qu'il a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'intéressée. S'agissant du droit d'être entendu de cette dernière, l'OAI relève qu'elle n'a pas demandé une copie de son dossier lorsqu'elle a reçu le projet de décision du 14 juillet 2014. Il ajoute qu'on ne peut dès lors pas lui faire grief de ne pas avoir envoyé l'avis médical du SMR du 10 juillet 2014 au moment du projet de décision. Il indique enfin que la recourante a pu se déterminer sur cet avis médical dans le cadre de la procédure de recours.

### **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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 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 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

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

**c)** Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), le recours formé le 20 novembre 2014 contre la décision de l'OAI du 17 octobre 2014 est ainsi recevable.

**2.** Le litige porte sur le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée formellement par la recourante le 22 mai 2014 et faisant suite à l'arrêt du 19 mai 2014 dans lequel la Cour de céans avait considéré que les documents médicaux produits en procédure de recours constituaient une nouvelle demande de prestation. Il conviendra donc de se prononcer sur le point de savoir si l'assurée a rendu plausible une modification significative de l'état de fait, qui justifierait la révision de son cas depuis le 20 février 2007, eu égard aux pièces médicales produites devant l'intimé (cf. consid. 3e et 4 infra).

**3. a)** En vertu 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.

L'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, 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 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.3.1 ; 117 V 198 consid. 4b ; 109 V 108 consid. 2a ; cf. TFA I 52/03 du 16 janvier 2004, consid. 2.1 ). Une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; SVR 1996 IV n° 70 p. 204 consid. 3a et réf. cit. ; Meyer/Reichmuth, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG)*, Zurich/Bâle/Genève 2014, n° 51 p. 433).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. À 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 (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C\_789/2012 du 27

juillet 2013 consid. 2.2 ; 9C\_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2 ; 9C\_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3).

**c)** Dans l'arrêt précité du 16 janvier 2004, le Tribunal fédéral des assurances a rappelé qu'il avait modifié sa jurisprudence relative à l'art. 87 al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002) et jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité, ne s'appliquait pas à cette procédure (TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 et réf. cit.). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 ; 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 (art. 5 al. 3 et 9 Cst [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 et réf. cit.).

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 (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 2.3 ; 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3). Cette exigence ne consiste toutefois pas à obliger l'assuré à apporter des preuves qui ne lui sont pas accessibles, mais de permettre à l'administration d'écarter des demandes excessives sans plus ample examen. Par ailleurs, « rendre plausible » ne doit pas être

compris au sens de la preuve de la vraisemblance prépondérante telle qu'elle est souvent exigée en droit des assurances sociales. Il ne s'agit en effet pas ici d'apporter une « preuve complète » qu'un changement notable est intervenu dans l'état de fait depuis la dernière décision. Il suffit bien plutôt qu'il existe des indices à l'appui de ce changement et que le juge et l'administration puissent être convaincus que les faits allégués se sont vraisemblablement produits (Michel Valterio, Droit de l'assurance-veillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, n. 3100 p. 840 s.).

**d)** Dans un litige relatif à une nouvelle demande de prestations, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1).

**e)** On précisera que la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 et ATF 130 V 71 consid. 3.2).

**4. a)** En l'espèce, il n'y a pas lieu d'examiner si, entre la décision du 20 février 2007 (entrée en force dès lors qu'elle n'a pas fait l'objet d'un recours) niant le droit de l'assurée à une rente d'invalidité et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit. En effet, l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée formellement par l'assurée le 22 mai 2014. Il faut donc se limiter, en vertu de l'art. 87 al. 2 et al. 3 RAI, à examiner si la recourante, dans le cadre de ses nouvelles démarches auprès de l'OAI, a rendu plausible une modification de son invalidité, en particulier une aggravation de son état de santé susceptible

de modifier son droit à la rente. En d'autres termes, la Cour de céans se bornera à examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier.

**b)** À l'appui de sa nouvelle demande de prestations AI, la recourante se fonde sur le rapport du X. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mars 2013 duquel il ressort qu'elle souffre d'un trouble dépressif chronique, épisode actuel sévère. La recourante prétend donc qu'il s'agit d'une aggravation de son état de santé puisqu'en 2006, la gravité de ce trouble était qualifiée de moyenne. Cependant, contrairement au premier avis émis par la Cour de céans sur la base d'un examen sommaire dans le cadre de l'arrêt du 19 mai 2014 (arrêt précité en la cause AI 286/13 - 109/2014, consid. 4b in fine), il s'avère en définitive que le rapport médical du 1<sup>er</sup> mars 2013 ne rend pas suffisamment plausible une péjoration notable de l'état de santé justifiant une entrée en matière sur la nouvelle demande. En effet, comme le souligne à juste titre le Dr S. \_\_\_\_\_ dans son avis du 10 juillet 2014, le tableau clinique décrit dans le rapport du 1<sup>er</sup> mars 2013 est similaire à celui décrit précédemment, en particulier dans le rapport du Dr R. \_\_\_\_\_ du 2 mars 2012. Il s'agit donc d'une appréciation différente de la même situation médicale, ce qui ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (cf. consid. 3b supra).

Par ailleurs, on observe que la recourante a interrompu le suivi auprès de Mme Z. \_\_\_\_\_ deux mois après l'avoir débuté, au printemps 2012. Elle ne semble avoir repris un suivi psychiatrique qu'après la consultation au X. \_\_\_\_\_ en février 2013, ce qui relativise la gravité et la durée de l'épisode dépressif mentionné dans le rapport du 1<sup>er</sup> mars 2013. Cela étant, en l'absence de tout document médical y afférent, on ignore si le suivi auprès de la Dresse M. \_\_\_\_\_, tel qu'évoqué dans le rapport précité, a effectivement été entrepris. En outre, on relève que d'après les constatations médicales des psychiatres du X. \_\_\_\_\_, la recourante ne présente pas de syndromes psychotiques, n'a pas d'idées suicidaires et n'a pas besoin d'aide externe à sa famille pour les activités de sa vie

quotidienne, ce qui tempère également la gravité de l'état dépressif de la recourante.

De surcroît, comme le rappelle le Dr S.\_\_\_\_\_ dans son avis médical du 10 juillet 2014, tant le Dr R.\_\_\_\_\_ que les Drs H.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ mentionnent que le trouble dépressif est à mettre en lien avec les deux diagnostics sous-jacents, soit le trouble somatoforme existant de longue date et le syndrome de stress post-traumatique constitué avant l'arrivée de l'assurée en Suisse.

Ainsi, à défaut d'indices convainquant de la gravité du trouble dépressif de la recourante, il convient d'admettre, à l'instar de l'OAI, que cette dernière ne rend pas suffisamment plausible une péjoration notable de son état de santé. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de s'écarter de la position de l'intimé.

**c)** S'agissant du rapport du Dr V.\_\_\_\_\_ du 13 novembre 2014 produit avec le recours, on observe que le diagnostic de démence non spécifiée ne constitue pas une nouvelle atteinte à la santé puisqu'il avait déjà été évoqué par le médecin précité lors du précédent recours. Du reste, ce diagnostic n'est pas corroboré par les constatations des médecins psychiatres du X.\_\_\_\_\_, lesquels ont, contrairement au Dr V.\_\_\_\_\_, fourni des rapports médicaux circonstanciés. Pour le surplus, on constate que le rapport du 13 novembre 2014 réitère les diagnostics évoqués dans le rapport médical du 20 mars 2013, hormis celui de toc obsessionnel. Autrement dit, ce rapport médical n'apporte pas d'élément nouveau par rapport au rapport de 2013, de telle sorte qu'on peut se référer au consid. 4b de l'arrêt cantonal précité, lequel développe les raisons pour lesquelles ce document ne rend pas plausible une péjoration notable de l'état de santé. Pour ce qui est du diagnostic de toc obsessionnel, celui-ci ne se retrouve pas dans les constatations des psychiatres du X.\_\_\_\_\_. Du reste, le Dr V.\_\_\_\_\_ n'explique nullement la gravité de cette atteinte ni sa répercussion concrète sur la capacité de travail de la recourante, de sorte que ce diagnostic ne peut être considéré comme une nouvelle atteinte à la santé.

L'argument de la recourante selon lequel le Dr V. \_\_\_\_\_ n'a pas lui-même établi un rapport clinique complet et détaillé pour éviter le reproche de faire preuve d'empathie envers sa patiente et que son avis ne soit pas pris en considération pour cette raison ne résiste pas à la critique. En effet, le Dr V. \_\_\_\_\_ pouvait très bien éviter ce reproche en décrivant objectivement son examen clinique et en documentant son rapport avec le compte-rendu d'examens spécialisés qu'il aurait ordonnés. Ainsi, c'est à juste titre que l'OAI estime que le rapport médical du Dr V. \_\_\_\_\_ du 13 novembre 2014 ne rend pas plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante.

**5. a)** P. \_\_\_\_\_ invoque également une violation du droit d'être entendu au motif que l'intimé ne lui a envoyé le rapport médical du SMR du 10 juillet 2014 qu'avec la décision définitive et non pas avec le projet de décision. Elle n'aurait dès lors pas eu le temps de soumettre cet avis pour en obtenir une évaluation médicale complète et de fournir de rapport médical supplémentaire à ceux déjà produits. Par conséquent, elle n'aurait pas pu prendre position ni sur ledit rapport ni sur le projet de décision, du moins pas de manière satisfaisante et complète.

L'art. 29 al. 2 Cst. garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues. La jurisprudence en a déduit, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 132 V 368 consid. 3.1 et réf. cit.).

S'agissant d'une garantie constitutionnelle de caractère formel, la violation du droit d'être entendu doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée - à titre exceptionnel et pour

autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 135 I 279 consid. 2.6.1 et réf.cit. ; TF 8C\_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2 et réf.cit.).

**b)** En l'occurrence, le projet de décision de l'OAI du 14 juillet 2014 indiquait expressément que la recourante avait la possibilité, durant le délai de trente jours qui lui avait été imparti, de demander des renseignements complémentaires au sujet des conclusions de refus d'entrer en matière. À ce moment-là, elle avait donc la faculté de consulter le dossier et ainsi de prendre connaissance du rapport du SMR, ce qu'elle n'a cependant pas fait. Ce grief est par conséquent mal fondé.

**6.** L'assurée n'ayant pas établi de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de façon à influencer ses droits, il n'y a pas lieu d'ordonner des examens complémentaires, en l'occurrence la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, comme le demande la recourante (cf. consid. 3 supra).

**7. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision querellée.

**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). Il convient toutefois de renoncer à percevoir des frais compte tenu des circonstances, en particulier du consid. 4b in fine de l'arrêt précité en la cause AI 286/13 - 109/2014, et de la situation financière de la recourante (art. 50 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA).

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

**prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 17 octobre 2014 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 Vaud, à Lausanne (pour P. \_\_\_\_\_),
- 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 :