

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 janvier 2016

---

Composition : Mme THALMANN, présidente  
Mmes Röthenbacher et Dessaux, juges  
Greffière : Mme Barman Ionta

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Robert Ayrton, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 87 al. 2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** S.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1961, est originaire de Macédoine et vit en Suisse depuis 1993. Sans formation professionnelle, elle a travaillé comme femme de chambre puis employée de nettoyage, avant de bénéficier de prestations de l'assurance-chômage dès février 2003. Le 11 octobre 2004, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, sollicitant l'octroi d'une rente, mentionnant souffrir de problèmes de dos depuis la chute d'une échelle sur son lieu de travail en 1996.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, un rapport complété le 31 octobre 2004 par le Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a été adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Le Dr A.\_\_\_\_\_ posait les diagnostics affectant la capacité de travail de syndrome lombaire douloureux, existant depuis 2000, et de trouble somatoforme, et les diagnostics n'affectant pas la capacité de travail d'état dépressif depuis 2000 et de céphalées tensionnelles depuis 1998, date correspondant au début du suivi de l'assurée. Les plaintes consistaient en des polymyalgies au moindre effort non calmées par les antalgiques. Dans l'annexe au rapport, il indiquait que la répercussion de l'atteinte à la santé sur l'activité habituelle de femme de ménage était de 30%, la capacité de travail exigible étant ainsi de 70%, et dans une autre activité, soit de la petite manutention et sans charge trop lourde, elle se situait autour de 20%. Il renvoyait pour le surplus au rapport de la Dresse J.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie. Au terme de son examen du 2 juillet 2004, la Dresse J.\_\_\_\_\_ retenait pour diagnostics un trouble somatoforme douloureux et un syndrome lombaire sur troubles dégénératifs et statiques ; aucun élément ne permettait de suspecter une maladie rhumatismale inflammatoire sous-jacente. L'assurée présentait tout un cortège de plaintes somatiques qui répondaient mal au traitement, des troubles du sommeil et un état dépressif en partie secondaire à la situation socio-professionnelle dans laquelle elle se trouvait.

Dès janvier 2005, l'assurée a été en traitement à la Policlinique psychiatrique de X.\_\_\_\_\_, par le Dr Q.\_\_\_\_\_. Dans son rapport adressé le 7 mars 2005 à l'OAI figuraient les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), existant depuis 2000. L'assurée présentait des douleurs sous forme de céphalées s'irradiant vers la région frontale, le cou et l'épaule, ainsi que dans la région pelvienne et lombaire. Sous constatations objectives, le Dr Q.\_\_\_\_\_ mentionnait une patiente au discours cohérent, peu informatif, centré sur sa souffrance et ses douleurs multiples, qui décrivait une tristesse modérée avec des angoisses, des troubles du sommeil, une perte d'intérêt pour toutes les activités, une anhédonie, sans idées noires ni idéations suicidaires ; il n'était pas mis en évidence d'élément floride de la lignée psychotique. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ faisait état d'une évolution pouvant être favorable, bien que difficile, avec un suivi psychiatrique multidisciplinaire, et a répondu par la négative aux questions relatives à l'exigibilité de la reprise de l'activité habituelle ou d'une activité adaptée.

Dans un rapport du 25 avril 2005, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a mentionné comme affectant la capacité de travail des lombalgies invalidantes sur la base d'une sacro-iléite avec HLA-B27 positif, dans le cadre d'une colite et discopathie protrusive étagée ou syndrome de Reiter, existant depuis 2000, de cervicalgies chroniques invalidantes sur la base d'une discopathie étagée et rétrolisthésis étagé, de fibromyalgie et d'état anxio-dépressif existant depuis 2004. L'incapacité de travail était totale depuis le 30 août 2004, aucune activité n'étant pour l'heure exigible.

Dans un avis du 25 juillet 2005, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a considéré qu'un examen rhumatologique et psychiatrique s'avérait nécessaire aux fins de s'assurer de l'évolution clinique de l'état de santé de l'assurée et des possibles limitations fonctionnelles. D'abord convoquée au SMR le 24 octobre suivant pour l'examen précité, mais face à un refus de répondre aux questions des médecins en l'absence de son mari, l'assurée a finalement

séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 29 au 31 mai 2006 dans le cadre d'une expertise médicale. Celle-ci a été menée, en présence d'un interprète, par les Drs V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 5 juin 2006, les experts ont retenu un trouble somatoforme douloureux chronique (F45.4) et une dysthymie (F34.1), une hypertension artérielle, une ostéose iliaque condensante et une anomalie transitionnelle lombo-sacrée, diagnostics n'affectant pas la capacité de travail ; aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail n'a été posé. Au terme de leur rapport, les Drs V.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ se sont exprimés comme suit :

« Après une observation de 3 jours en milieu stationnaire et au terme de l'entretien de synthèse, tous les professionnels santé ayant collaboré à la présente évaluation soulignent le comportement de l'assurée : Mme S.\_\_\_\_\_ perturbe continuellement la démarche médicale classique ; elle s'oppose aux mesures d'instruction nécessitant un tant soit peu sa participation, et ce de façon si incohérente que ses allégations de handicap perdent en crédibilité. Il ne nous appartient pas de décider si un comportement manifestement induit, façonné puis entretenu par des difficultés socioculturelles constitue une maladie. Nous ne trouvons quant à nous aucune atteinte à la santé physique ou psychique susceptible de limiter son implication dans des activités de la vie ordinaire, y compris professionnelle. Ipso facto, nous ne pouvons médicalement attester une incapacité de travail de longue durée. »

Dans un rapport d'examen du 17 août 2006, le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a rappelé l'absence de collaboration, l'opposition, le caractère démonstratif de l'assurée et le comportement évoquant une exagération des symptômes, soulignés par les experts V.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_. L'assurée n'avait à aucun moment essayé de mobiliser l'ensemble de ses ressources pour réduire un éventuel dommage et permettre à l'examen d'être réalisé dans les conditions optimales exigibles, son comportement ne pouvant par ailleurs être expliqué par les diagnostics présents au dossier. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a ainsi conclu que les incapacités de travail attestées par les médecins depuis 2004 n'étaient pas justifiées par une atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité.

Par préavis du 21 septembre 2006, confirmé par décision du 11 décembre suivant, l'OAI a signifié à l'assurée qu'elle n'avait pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité en l'absence d'atteinte susceptible de diminuer sa capacité de travail dans une activité professionnelle. N'ayant pas fait l'objet d'un recours, la décision du 11 décembre 2006 est entrée en force.

**B.** Le 2 avril 2007, les Drs C. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe respectivement médecin assistant à l'Hôpital psychiatrique de X. \_\_\_\_\_, se sont adressés à l'OAI en ces termes :

« Suivant notre courrier du 7.03.2005, concernant la personne susnommée, et après les résultats de l'expertise médicale du 05.06.2006, nous nous permettons de vous informer de l'évolution clinique et de l'état actuel de santé de Mme S. \_\_\_\_\_.

Depuis octobre 2006, Madame S. \_\_\_\_\_ souffre d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2). Ce trouble se manifeste chez elle avec une humeur fortement déprimée, des sentiments de tristesse, des troubles du sommeil, des importants troubles de la mémoire à court terme et de la concentration, avec facile distractibilité. Nous remarquons un manque de motivation, une perte d'intérêt, elle dit « avoir perdu le sens de la vie » et que « plus rien ne lui fait plaisir ». Par ailleurs, parmi les symptômes d'un épisode dépressif sévère, nous remarquons aussi une perte de l'appétit qui a eu comme conséquence un amaigrissement d'environ 10 kg pendant cette dernière année. Madame S. \_\_\_\_\_ est presque tout le temps dans des sentiments de dévalorisation et d'anhédonie, avec des troubles du sommeil mixtes sévères (difficultés d'endormissement et réveils anticipés dans la nuit). Par ailleurs, depuis déjà quelques temps, Madame S. \_\_\_\_\_ verbalise à son entourage des idées suicidaires avec projets de passage à l'acte, pas systématisés pour l'instant. Son mari nous a retransmis à plusieurs reprises les plaintes de la part de sa femme qui parlerait explicitement et souvent de mort à la maison.

A côté de la symptomatologie dépressive, nous remarquons encore la présence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant comme expliqué dans notre dernier rapport du 7 mars 2005. A ce sujet, la patiente se plaint de douleurs physiques qui migrent entre la région occipitale dans tout le corps jusqu'à la région pelvienne et lombaire.

Nous vous signalons que la situation à la maison se dégrade de plus en plus, le mari et l'entourage de la patiente sont épuisés par l'état dépressif et la symptomatologie douloureuse de Madame S. \_\_\_\_\_ et les menaces de mort qu'elle peut exprimer à plusieurs reprises pendant la journée ne font qu'empirer la situation.

Du point de vue thérapeutique, nous cherchons à lui proposer un traitement combiné psychopharmacologique, psychothérapeutique adéquat, mais les résultats sont pour l'instant assez partiels.

Dans ce contexte, il nous paraît impossible actuellement d'envisager une reprise du travail dans une quelconque activité professionnelle. Les troubles de la concentration, l'humeur déprimée, les idées suicidaires, les troubles du sommeil et les douleurs physiques empêchent cette patiente d'accomplir une activité professionnelle normale. Par ailleurs, les conditions économiques à la maison de Madame n'aident pas pour une évolution favorable de son trouble psychique.

C'est donc dans ce contexte clinique, au vu de la mauvaise évolution des derniers mois, que nous nous permettons de vous demander de réviser le dernier rapport de la Clinique romande de réadaptation et de demander si possible une nouvelle expertise, dans l'idée d'améliorer cette situation. »

Faisant suite au courrier de l'OAI l'invitant à déposer une nouvelle demande si elle souhaitait un nouvel examen de son droit à des prestations de l'assurance-invalidité, l'assurée s'est exécutée le 30 avril 2007. Elle indiquait dans sa demande souffrir de « troubles psychiques et divers ».

Par courrier du 11 mai 2007, l'OAI lui a fait savoir que le droit aux prestations ayant précédemment fait l'objet d'une décision de refus, la nouvelle demande ne pouvait être examinée, en application des art. 87 al. 3 et 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), que s'il était établi de façon plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Un délai de trente jours lui était dès lors imparti pour produire tout moyen pertinent, faute de quoi il serait considéré qu'elle n'avait pas rendu plausible la modification de son degré d'invalidité et une décision de non-entrée en matière lui serait notifiée.

L'assurée a remis à l'OAI le rapport du 2 avril 2007 des Drs C.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_.

Dans un avis SMR du 13 juillet 2007, le Dr N.\_\_\_\_\_ a relevé qu'après relecture de l'expertise de la CRR de mai 2006 et le rapport médical d'avril 2007, il apparaissait une appréciation différente d'un

tableau clinique similaire, le trouble de l'humeur et le trouble somatoforme ayant été retenu comme diagnostics par les médecins de la CRR.

Le 27 juillet 2007, l'OAI a rendu un projet de décision de refus d'entrer en matière. Il estimait que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la première décision de refus de prestations. L'OAI a confirmé sa position par décision du 5 octobre 2007, laquelle n'a pas fait l'objet d'un recours.

**C.** Le 6 décembre 2011, un formulaire de détection précoce a été adressé à l'OAI à l'initiative de l'époux de l'assurée, indiquant que celle-ci, actuellement au chômage, présentait une incapacité de travail depuis 2002 pour atteinte à la santé de nature malade. Lors de l'entretien de détection précoce avec un collaborateur de l'OAI en date du 10 janvier 2012, l'assurée a expliqué que son état de santé se détériorait fortement depuis 2010, qu'elle n'était plus en mesure d'effectuer certaines tâches en raison de pertes de mémoires régulières, de pertes d'équilibre ainsi que d'une dépression, mentionnant avoir été à plusieurs reprises hospitalisée à l'Hôpital de X.\_\_\_\_\_. A titre d'atteintes à la santé, il était retranscrit des douleurs dorsales, de la nuque et des jambes, une dépression, des pertes régulières d'équilibre et des maux de tête. A la suite de l'entretien, il a été constaté que le dépôt d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité était indiqué.

Dans un courrier du 23 janvier 2012 adressé au SMR, le Dr Q.\_\_\_\_\_, désormais titulaire du titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a mentionné suivre l'assurée depuis le 26 août 2011, laquelle souffrait d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), estimant sa capacité de travail de l'ordre de 15 à 20%.

Le 6 février 2012, S.\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité. Elle indiquait quant au genre de l'atteinte « dépression [...] depuis 10 ans ».

Procédant à l'instruction de cette demande, l'OAI a requis du Dr A.\_\_\_\_\_ la production d'un rapport médical. Etabli le 17 février 2012, ce rapport révélait les seuls diagnostics sans effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques et trouble somatoforme, existant depuis 1998. Le Dr A.\_\_\_\_\_ faisait état de multiples récurrences de lombalgies chroniques, avec restriction des mouvements, et d'un pronostic défavorable en raison de l'état psychique. Le traitement consistait en de la physiothérapie, et une psychothérapie était recommandée. S'agissant de l'incapacité de travail dans la dernière activité, elle était mentionnée à 50% depuis mars 2012. A la question de savoir si, du point de vue médical, l'activité exercée était encore exigible, le Dr A.\_\_\_\_\_ a répondu par la négative, mentionnant cependant une activité à 20% et, à titre de restrictions, les charges lourdes et les mouvements penchés en avant, précisant dans l'annexe au rapport que les indications étaient valables depuis 2009.

Interpellé par l'OAI, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a adressé son rapport médical le 7 mars 2012. Il posait les diagnostics affectant la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), existant depuis 2000. Il faisait valoir notamment ce qui suit :

« Les éléments anamnestiques révèlent que depuis 2000, Mme S.\_\_\_\_\_ développe des douleurs dans la région lombaire. Petit à petit ces douleurs se propagent dans la région pelvienne, puis dans la zone abdominale et ensuite, elle développe des céphalées s'irradiant vers le cou et l'épaule.

Au cours de [c]es années, madame S.\_\_\_\_\_ s'isole progressivement sur le plan social, elle n'arrive plus à s'occuper de son ménage. Elle présente des insomnies, de la tristesse, une fatigue importante, un sentiment de désespoir, de dévalorisation.

Malgré une prise en charge psychiatrique et de nombreux examens somatiques son état clinique ne s'améliore pas. Les douleurs et ses céphalées persistent, elle décrit de la tristesse, des angoisses, une

fatigue et des troubles du sommeil. Madame S. \_\_\_\_\_ bénéficie d'un traitement de Zoloft 100 mg/j, et du Remeron 15 mg/j. Madame S. \_\_\_\_\_ est suivie par [le] Dr A. \_\_\_\_\_ (médecin de famille) à [...], un bilan somatique a été effectué. »

Le Dr Q. \_\_\_\_\_ qualifiait le pronostic de défavorable, particulièrement sur le plan somatique, précisant que la symptomatologie dépressive pouvait être améliorée avec un suivi psychothérapeutique et le traitement antidépresseur. Il attestait une incapacité de travail totale depuis janvier 2012 dans la profession de femme de ménage, énumérant les restrictions suivantes : « ralentissement psychomoteur, diminution de la concentration, perte d'intérêt et d'énergie, tristesse, douleurs dorsale, abdominale, céphalées ». Il précisait qu'une reprise de travail même dans une autre activité lui semblait illusoire pour le moment, faisait toutefois mention d'une amélioration de la capacité de travail de 20% dans cinq à six mois.

Dans un avis du 8 juin 2012, le SMR, par le Dr N. \_\_\_\_\_, a considéré qu'aucun des médecins ne démontrait une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis la dernière décision ou un fait nouveau, l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) étant déjà présent en mars 2005 selon le rapport du 7 mars 2005 du Dr Q. \_\_\_\_\_.

Le 18 juin 2012, l'OAI a interpellé les médecins traitants de l'assurée aux fins de savoir s'il y avait une aggravation objective de son état de santé. Le Dr A. \_\_\_\_\_ a répondu le 25 juin 2012 qu'elle présentait, en avril 2012, des douleurs de la hanche gauche avec phénomènes de lâchage mais ne plus avoir revu la patiente depuis lors. Le 3 juillet 2012, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a quant à lui indiqué ne pas avoir constaté d'amélioration de l'état clinique de la patiente depuis son dernier rapport du 7 mars 2012. Il ajoutait qu'elle décrivait toujours la présence d'une fatigue, des angoisses, une tristesse, une perte d'intérêts, des idées noires occasionnelles et des plaintes somatoformes, soit des céphalées dans la zone frontale, temporale, occipitale et des douleurs au dos. Une reprise de travail ou une réadaptation professionnelle lui semblait actuellement illusoire.

Analysant les pièces médicales dans un avis du 27 août 2012, le Dr N. \_\_\_\_\_ a relevé qu'il n'y avait pas d'aggravation objective et que la capacité de travail demeurait inchangée depuis la dernière décision de l'assurance-invalidité.

Le 24 octobre 2012, l'OAI a communiqué à l'assurée un préavis dans le sens d'un refus de reclassement et de rente d'invalidité, arguant qu'aucun de ses médecins ne démontraient une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision, ni un fait nouveau. A défaut d'aggravation objective, la capacité de travail demeurait inchangée, soit de 100% dans toute activité lucrative.

L'assurée a contesté le projet de décision. Le 12 décembre 2012, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a rédigé un rapport, rappelant que l'assurée présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, et un syndrome douloureux somatoforme persistant, que la prise en charge consistait en des entretiens psychothérapeutiques sur l'axe cognitivo-comportemental et en un traitement antidépresseur (Zoloft et Remeron), qu'elle bénéficiait de séances de physiothérapie et que l'évolution clinique était défavorable en raison de la présence d'angoisses, de tristesse, d'une perte d'intérêt, de la fatigue, de troubles du sommeil, de douleurs intenses et persistantes décrites dans la région lombaire, des céphalées dans la zone frontale, pariétale et occipitale s'accompagnant d'un sentiment de détresse. Il réitérait son avis quant à la reprise du travail qui lui paraissait illusoire.

Le 17 décembre 2012, le Dr A. \_\_\_\_\_ a rédigé le rapport médical suivant :

« Le médecin soussigné certifie que cette patiente est soignée pour un état anxio-dépressif depuis le début 2012 par le Docteur Q. \_\_\_\_\_, psychiatre à [...].

Sur le plan physique, elle est gênée par des douleurs diffuses du rachis sans trouble neurologique.

Cette patiente aux troubles somato-physiques divers a consulté en urgence des hôpitaux régionaux à maintes reprises.

Il n'y a aucun élément nouveau majeur. »

Le Dr W. \_\_\_\_\_ du SMR a constaté que le dernier rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_ faisait état des mêmes diagnostics que précédemment (cf. rapports de mars 2012, janvier 2012 et mars 2005). Il a conclu à l'absence de changement de l'état de santé de l'assurée depuis la décision du 5 octobre 2007.

L'OAI a confirmé son préavis par décision du 13 février 2013. L'assurée a formé recours contre cette décision le 13 mars 2013. Le 2 avril suivant, elle a déclaré retirer son recours, ce dont a pris acte la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. La décision du 13 février 2013 est dès lors entrée en force.

**D.** Le 23 janvier 2014, S. \_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité. Elle indiquait que ses atteintes à la santé existaient depuis dix ans, avec une aggravation de son état de santé « ces derniers temps », les décrivant en ces termes : « je me sens angoissée, triste, je ne dors plus, j'ai perdu beaucoup de poids, j'ai des céphalées importantes, des douleurs au dos et des jambes... J'ai envie de mourir. Je n'ai aucun plaisir. Je passe toute la journée enfermée chez moi ».

Le 24 janvier 2014, l'OAI a accusé réception de cette nouvelle demande, en précisant qu'elle ne pouvait être examinée, en application des art. 17 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; 830.1) et 87 ss RAI, que s'il était établi de façon plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Un délai de trente jours lui était dès lors imparti pour produire un rapport médical détaillé ou pour apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision, faute de quoi il serait considéré qu'elle n'avait pas rendu plausible la modification de son degré d'invalidité et une décision de non-entrée en matière lui serait notifiée.

Le 13 février 2014, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a rédigé un rapport en ces termes :

« A) Le Diagnostic :

- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère sans symptômes psychotiques F33.2
- Syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4

B) La description de l'aggravation de votre état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle est survenue

Réponse : J'ai suivi pour la 1<sup>ère</sup> fois madame S. \_\_\_\_\_ lors de son séjour à l'hôpital psychiatrique de X. \_\_\_\_\_ en 2004.

Elle a repris contact avec moi en 2011 et depuis j'assure la prise en charge sur [le] plan psychiatrique et psychothérapeutique.

Le traitement actuel consiste à des entretiens psychothérapeutiques afin qu'elle puisse exprimer ses émotions et s'extérioriser basé sur le modèle cognitivo-comportemental.

Madame S. \_\_\_\_\_ respecte bien le cadre thérapeutique, elle se présente régulièrement aux RDV et fait des efforts pour s'améliorer.

Malgré une prise en charge psychothérapeutique régulière et un traitement de Zoloft 100mg/j, Remeron 30mg/j, Temesta 2mg/j son état clinique ne s'améliore pas.

En effet depuis sa prise en charge en 2011, je constate une aggravation de son état clinique et un changement de personnalité.

Elle est devenue irritable et agressive avec les membres de sa famille, elle est intolérante à la frustration. Son humeur est triste, elle est angoissée et décrit une perte d'intérêt pour toutes les activités de la vie quotidienne, une fatigue importante, elle se sent malheureuse. Le sommeil est perturbé, elle n'arrive pas [à] s'alimenter correctement ni accomplir les tâches ménagères et passe la plupart de ses journées au lit. Elle exprime souvent le souhait de mourir par suicide. Madame S. \_\_\_\_\_ décrit des douleurs importantes dans le dos, le bassin, les jambes, et des céphalées dans la zone occipitale, temporale et frontale ainsi [que] des vertiges. Madame S. \_\_\_\_\_ est hospitalisée à plusieurs reprises à l'hôpital psychiatrique de X. \_\_\_\_\_ sans amélioration notable de son état clinique, sa dernière remonte en octobre 2013.

C) Le nouveau degré de votre incapacité de travail.

Réponse : Actuellement, elle présente une incapacité de travail de 100%

D) Le pronostic et d'autres renseignements utiles

Réponse : Le pronostic est sombre et une reprise de travail ou une réadaptation professionnelle me semble illusoire. »

Le cas de l'assurée a alors été soumis au Dr N.\_\_\_\_\_ du SMR, lequel a relevé, dans l'avis du 8 avril 2014, que le tableau clinique rapporté par le Dr Q.\_\_\_\_\_ était similaire à celui qui prévalait déjà dans le rapport médical du 2 avril 2007, la Dresse C.\_\_\_\_\_, psychiatre à l'Hôpital de X.\_\_\_\_\_, estimant à l'époque que l'assurée souffrait d'un épisode dépressif sévère (F32.2) et d'un syndrome somatoforme douloureux. De ce fait, il concluait à l'absence de changement depuis la décision du 5 octobre 2007.

Le 17 avril 2014, l'OAI a rendu un projet de décision de refus d'entrer en matière. Il estimait que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision de refus de prestations du 17 septembre 2014, ajoutant qu'il s'agissait uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait.

Par courrier du 26 mai 2014, l'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a contesté le projet de décision susmentionné. Elle invoquait le fait que ses troubles étaient suffisamment intenses pour admettre que les critères dits de Mosimann étaient présents, ajoutant que les Drs A.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ étaient tous deux parvenus à la conclusion qu'elle présentait une incapacité de travail de 100%. Elle concluait à la mise en œuvre d'une expertise approfondie avant la notification de la décision.

L'OAI a confirmé son préavis par décision du 17 septembre 2014. Il a rappelé que les diagnostics psychiatriques étaient identiques à ceux posés en 2007 et qu'un refus d'entrer en matière puis un refus de toutes prestations, rendus respectivement les 5 octobre 2007 et 13 février 2013, étaient entrés en force. En l'absence de modifications postérieures à la décision du 13 février 2013, la position de l'office devait être maintenue.

**E.** Le 22 octobre 2014, S.\_\_\_\_\_ a, par l'intermédiaire de son mandataire, recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 17 septembre 2014 et au renvoi du dossier à l'intimé pour entrée en matière et instruction de la demande au sens des considérants. Elle invoque présenter depuis des années un trouble somatoforme douloureux invalidant dont les symptômes ressentis ont systématiquement été minimisés par le SMR, respectivement l'OAI. Elle précise que ces symptômes se sont aggravés, devenant insupportables, s'accroissant par la dépression devenue chronique, évoquant en outre un cercle vicieux. Elle estime que tous les critères d'aggravation (dits de Mosimann) sont remplis, soit un état dépressif profond et chronique, des souffrances physiques incessantes et un repli social, justifiant de ce fait une nouvelle expertise médicale approfondie, neutre et objective.

Par décision du 21 novembre 2014, le juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 20 octobre 2014 et désigné Me Robert Ayrton en qualité d'avocat d'office.

Dans sa réponse du 11 décembre 2014, l'OAI confirme son refus d'entrer en matière et propose le rejet du recours.

Répliquant le 30 janvier 2015, la recourante soutient que son état de santé, physique comme psychique, se détériore continuellement. Elle critique les expertises et avis médicaux SMR, lesquels parviennent systématiquement aux mêmes conclusions en sa défaveur et sont contredits par la réalité ; elle maintient dès lors sa demande d'expertise médicale. Elle ajoute que les Drs Q.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ ont été les témoins directs de la dégradation de son état de santé et requiert de ce fait leur audition, ainsi que l'audition de son époux et son fils, lesquels constatent quotidiennement les souffrances endurées.

L'OAI confirme sa position dans sa duplique du 24 février 2015.

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

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 69 al. 1 let. a LAI en dérogation à l'art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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

**b)** Le recours, interjeté en temps utile auprès de l'autorité vaudoise compétente, satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable en la forme.

**2.** Le litige porte sur le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par la recourante le 23 janvier 2014. Il conviendra donc en particulier 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 13 février 2013, eu égard aux pièces médicales produites devant l'intimée.

**3. a)** En vertu de l'art. 87 al. 2 RAI (règlement 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 rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b, 109 V 108 consid. 2a ; TF 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 372 consid. 2b ; SVR 1996 IV n° 70 p. 204 consid. 3a et les références ; Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungs-recht, 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'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C\_67/2009 consid. 1.2). 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 (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C\_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2, 9C\_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2).

**c)** 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 (TF I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 et les références citées). 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'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]).

Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence 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 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2). 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 (Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse 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). Il en va de même de la jurisprudence applicable.

**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 130 V 71 consid. 3.2).

**4.** En l'espèce, il n'y a pas lieu d'examiner si, entre la décision du 13 février 2013 – entrée en force – niant le droit de l'assurée à un reclassement et à une rente d'invalidité et la décision litigieuse du 17 septembre 2014, 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 par l'assurée le 23 janvier

2014. Il faut donc se limiter, en vertu de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, à examiner si la recourante, dans ses démarches auprès de l'OAI jusqu'au mois de janvier 2014, a rendu plausible une modification de son invalidité, en particulier une aggravation de son état de santé susceptible de modifier son droit aux prestations d'invalidité. 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.

Dans ce prolongement, et dès lors que le principe inquisitoire ne s'applique pas à ce stade de la procédure, le tribunal de céans n'a pas à mettre en œuvre une expertise ni à renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il procède à une telle instruction, mais seulement à examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations - en l'occurrence le rapport médical du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 13 février 2014 - justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier, sans que cela ne consacre un formalisme excessif. Pour les mêmes motifs, le tribunal n'a pas à procéder à l'audition des médecins traitants, pas plus qu'à l'audition des proches de la recourante, conformément à la requête prise dans ce sens le 30 janvier 2015. Il n'a pas non plus à tenir compte de la nouvelle jurisprudence rendue en matière de troubles somatoformes.

**a)** A l'appui de sa demande du 23 janvier 2014, la recourante a produit le seul rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_, lequel pose les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ; il atteste une incapacité de travail totale de l'assurée, considérant comme illusoire la reprise d'une activité. Dans sa description de l'état clinique, il mentionne une patiente triste, angoissée, ayant perdu l'intérêt pour toutes les activités de la vie quotidienne, avec un sommeil perturbé, des difficultés à s'alimenter correctement et accomplir les tâches ménagères, évoquant un souhait de suicide. Il relate, sur le plan somatique, des douleurs importantes dans le dos, le bassin, les jambes, des céphalées dans la zone occipitale, temporale et frontale ainsi que des vertiges.

L'état de santé tel que relaté en février 2014 par le Dr Q.\_\_\_\_\_ ne diffère guère de celui qu'il exposait dans ses précédents avis. En 2012, il posait les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique et de syndrome douloureux somatoforme persistant (cf. rapports des 7 mars et 12 décembre 2012). Sur le plan somatique, l'assurée présentait depuis 2000 des douleurs dans la région lombaire, se propageant dans la région pelvienne puis dans la zone abdominale, développant également des céphalées s'irradiant vers le cou et l'épaule. Sur le plan psychique, l'assurée décrivait une tristesse, des angoisses, une perte d'intérêt, une fatigue et des troubles du sommeil. Les constatations retenues sont dès lors similaires à celles évoquées dans son rapport du 13 février 2014.

On constate également que la description de l'état clinique telle qu'elle figure dans le rapport du 13 février 2014 correspond à celle exposée par les médecins de l'Hôpital psychiatrique de X.\_\_\_\_\_ en avril 2007. On rappelle en effet qu'à cette époque, la recourante présentait une humeur fortement déprimée, un sentiment de tristesse, dévalorisation et anhédonie, des troubles du sommeil, une perte d'intérêt et une perte d'appétit (avec amaigrissement d'environ 10 kg en une année), verbalisant des idées suicidaires. Les médecins diagnostiquaient de ce fait un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2). Ils rappelaient également le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant retenu en mars 2005, la recourante se plaignant de douleurs physiques migrant entre la région occipitale dans tout le corps jusqu'à la région pelvienne et lombaire. Dans ce contexte, ils n'envisageaient pas, pour l'heure, la reprise d'une quelconque activité professionnelle.

Cela étant, interpellé précisément par l'OAI sur l'existence d'une aggravation objective, le Dr Q.\_\_\_\_\_ n'en mentionnait pas mais retenait une incapacité de travail totale depuis janvier 2012 (cf. courrier du 3 juillet 2012), incapacité qu'il retenait déjà en mars 2005 (cf. rapport du 7 mars 2005). On peut dès lors s'étonner du fait que dans le cadre de

la quatrième demande, le Dr Q.\_\_\_\_\_ évoque une aggravation de l'état clinique de sa patiente depuis 2011, alors qu'il ne la mentionnait pas en 2012, ce qui paraît contradictoire.

Au demeurant, sur le plan somatique, on relèvera les dires du Dr A.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 17 décembre 2012, savoir l'absence d'élément nouveau majeur. La recourante n'a produit, dans le cadre de sa quatrième demande, aucune pièce médicale de ce médecin traitant - ni d'ailleurs d'un spécialiste en rhumatologie - pouvant attester une hypothétique aggravation de ses douleurs physiques. On rappellera qu'en 2004 déjà, le Dr A.\_\_\_\_\_ retenait un syndrome lombaire douloureux, un trouble somatoforme, ainsi que des céphalées, ces dernières étant considérées comme n'affectant pas la capacité de travail. En février 2012, il posait les seuls diagnostics de lombalgies chroniques et de trouble somatoforme, sans répercussion sur la capacité de travail. Par ailleurs, en 2006, les experts de la CRR ont notamment diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux chronique, une dysthymie, une ostéose iliaque condensante et une anomalie transitionnelle lombo-sacrée, aucune atteinte à la santé, physique et psychique, n'étant susceptible de limiter l'assurée dans les activités de la vie ordinaire et professionnelles.

**b)** A l'aune de ce qui précède, force est de constater que l'état clinique de la recourante décrit par le Dr Q.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 13 février 2014 correspond à celui figurant dans les précédents rapports médicaux ayant conduit à la décision de refus de prestations de l'assurance-invalidité du 13 février 2013, voire antérieurement. Singulièrement, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant a été maintes fois posé depuis la première demande de prestation. Le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique était présent en mars 2005, puis retenu au cours de l'année 2012, et celui d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques posé en avril 2007 ; le Dr Q.\_\_\_\_\_ n'a fait que procéder à une appréciation différente d'un état de santé demeuré inchangé, comme le révèle la description de l'état clinique du 13 février 2014 similaire à celle exposée dans les rapports antérieurs figurant au dossier de l'assurance-

invalidité, particulièrement de la Dresse C.\_\_\_\_\_ du 2 avril 2007. Ainsi, que l'on compare la situation avec celle existant lors de la troisième demande ou existant lors de la première demande, l'aggravation de l'état de santé telle qu'alléguée par la recourante n'est pas documentée.

Dans ces circonstances, c'est à juste titre que l'intimé a nié la plausibilité d'une aggravation de l'état de santé somatique et psychique de la recourante dans sa décision du 17 septembre 2014. Il était dès lors fondé, sur la base des indications qui lui ont été fournies par la recourante, à refuser d'entrer en matière sur la demande de prestations. Les griefs de la recourant sont ainsi manifestement mal fondés.

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

**b)** La recourante ne peut prétendre de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). Par ailleurs, la procédure est onéreuse et la recourante, qui voit ses conclusions rejetées, devrait en principe supporter les frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Elle a toutefois été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que la rémunération du conseil d'office ainsi que les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont provisoirement supportés par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

**c)** Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur

du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ).

En l'espèce, Me Ayrton a produit une liste de ses opérations le 15 décembre 2015, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 15,40 heures de prestations d'avocat, soit un montant d'honoraires s'élevant à 2'993 fr. 75 (TVA comprise). Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). Ainsi, une indemnité de 10 fr. 80 (TVA comprise) pour les débours est également allouée (art. 3 al. 3 RAJ). Le montant total de l'indemnité de Me Ayrton s'élève donc à 3'004 fr. 55.

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

- I. Le recours déposé le 22 octobre 2014 par S. \_\_\_\_\_ est rejeté.
- II. La décision rendue le 17 septembre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Robert Ayrton, conseil de la recourante S. \_\_\_\_\_, est arrêtée à 3'004 fr. 55 (trois mille quatre francs et cinquante-cinq centimes), TVA comprise.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

**VI.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Robert Ayrton (pour S. \_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :