

VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 299 vom 22. November 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-11-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2016__299

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 299 du 22 novembre 2016

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 299 del 22 novembre 2016

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, FORCE PROBANTE, EXPERTISE PSYCHIATRIQUE, NOUVELLE DEMANDE | 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 22.11.2016 Arrêt / 2016 / 299

RENTE D'INVALIDITÉ, FORCE PROBANTE, EXPERTISE PSYCHIATRIQUE, NOUVELLE DEMANDE | 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 191/15 - 303/2016 ZD15.027917 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 22 novembre 2016 _____ Composition : Mme Röthenbacher, président Mme Thalmann et M. Monod, assesseur Greffier : M. Germond ***** Cause pendante entre : Y. _____, à Renens, recourante, représentée par Me Laurent Damond, avocat à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. _____ Art. 87 al. 2-3 RAI E n f a i t : A. Y. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en [...], ressortissante turque naturalisée suisse, mariée, mère de quatre enfants dont trois sont mineurs, sans formation, a travaillé du 1^{er} septembre 1996 au 9 avril 1999 comme ouvrière auprès de J. _____ SA à raison de 41 heures par semaine, au salaire horaire de 17 fr. 10. Elle a présenté dès le 3 mars 1999 une incapacité de travail de 100%. Dans un rapport médical établi le 23 mai 2000, la Dresse S. _____, psychiatre traitant, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent et de difficultés relationnelles avec le mari et les beaux-parents. Elle a estimé que la maladie avait débuté autour de mai-juin 1999 et que l'assurée présentait une incapacité de travail de 100% pour une durée indéterminée depuis le 8 juillet 1999. Dans son rapport médical du 29 août 2000 à la T. _____, assureur perte de gain, cette praticienne jugeait que l'évolution et l'état de santé de l'assurée étaient stationnaires et posait les diagnostics de troubles du sommeil (cauchemars), crises d'angoisse, baisse de libido, difficultés de concentration, troubles de la mémoire, irritabilité et nervosité, tristesse, perte d'appétit et fatigue. Le 30 août 2000, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant à l'octroi d'une rente, en précisant, concernant le genre d'atteinte: «problème au ventre et de respiration + dépression». Dans un formulaire destiné à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) qu'elle a complété le 13 septembre 2000, elle a indiqué que si elle était en bonne santé, elle travaillerait en plus de la tenue de son ménage à 100% en qualité d'ouvrière. Dans un rapport médical adressé le 3 octobre 2000 à l'OAI, le Dr C. _____, médecin traitant, a indiqué que l'assurée ne travaillait plus depuis mars 1999, que son état était stationnaire et que la capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales, remarquant qu'à part la maigreur et la douleur abdominale diffuse, le status était normal. Ce médecin a

posé les diagnostics suivants: dépression nerveuse chronique, état de faiblesse et maigreur, hernie hiatale, gastrite chronique, ptose gastrique nette avec dyspepsie, côlon spastique, discopathie L4-L5 et L5-S1. Le Dr C. _____ a informé l'OAI par téléphone le 23 septembre 2002 que l'assurée était toujours suivie chez lui mais qu'il ne lui avait pas donné de certificat d'incapacité de travail car elle ne présentait pas d'invalidité sur le plan somatique. Dans son rapport médical à l'OAI du 25 septembre 2002, la Dresse S. _____ a retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent existant depuis mai-juin 1999. L'incapacité de travail était de 100% depuis le 8 juillet 1999 pour une durée indéterminée. La psychiatre traitant de l'assurée a en outre fait les constatations objectives suivantes: " Patiente d'origine turque, de tenue hygiéno-vestimentaire correcte, parlant dans sa langue maternelle (thérapeute de même origine) de manière timide, avec une voix basse et monotone. La confiance en soi, absente au début du traitement, a pu s'établir au cours de la thérapie. L'humeur est moins déprimée qu'au début, mais Madame Y. _____ reste encore très fragile sur le plan affectif. Les difficultés dans le couple et avec la belle-famille ont pu être bien travaillées (nous avons pu réaliser un entretien avec le couple) et améliorées grâce au rétablissement de la communication. A noter que l'accouchement du 2 e fils (ainsi que le retour au domicile du premier, qui vivait chez les grands-parents paternels) a été assez bien géré par la patiente. Elle risque toutefois de créer une relation fusionnelle avec ce 2 e fils, comme elle la vit avec sa propre mère. Madame Y. _____ a pu vivre une période d'amélioration à tel point que l'on a envisagé une reprise du travail. Elle s'est cependant trouvée dans une nouvelle période de dépression, présentant une grande fatigue, de la nervosité, des troubles du sommeil, de l'appétit et de la libido, ainsi que des crises d'angoisse pour lesquelles elle a dû aller à l'hôpital à plusieurs reprises. Vu le travail psychothérapeutique réalisé, avec l'amélioration de l'estime de soi et le rétablissement de relations interfamiliales plus adéquates, on peut espérer qu'elle puisse accomplir un travail plus approfondi sur elle-même lui permettant ainsi d'utiliser d'autres défenses psychiques. D7. Thérapie La patiente ayant une bonne capacité à entrer dans une relation psychothérapeutique et ayant déjà fait un progrès en résolvant certains conflits, le pronostic reste pour nous assez favorable. " Dans l'annexe au rapport médical, la Dresse S. _____ a indiqué que l'incapacité était indépendante du genre de travail et qu'aucune activité n'était exigible en raison du genre d'affection dont l'assurée était atteinte. Le 5 mars 2003, le Dr V. _____, chirurgien orthopédique FMH, a adressé un rapport médical au médecin traitant de l'assurée, qui avait notamment la teneur suivante: " En résumé, votre patiente présente donc des lombalgies sur des troubles statiques sous forme d'une rectitude avec un renversement postérieur de son rachis lombaire, associées à une discopathie L5-S1 débutante à interpréter toutefois avec prudence compte tenu de la mauvaise qualité du cliché. Toutefois, ceci ne changeant pas le traitement, je n'ai pas pratiqué de nouveau bilan radiologique. Sur le plan thérapeutique, sous réserve d'un bilan biologique inflammatoire négatif, je pense qu'il faut intensifier le programme de rééducation sous forme d'exercices d'assouplissement, d'hygiène posturale et d'exercices de renforcement musculaire. Il est toutefois important que la patiente participe activement à cette prise en charge thérapeutique, ce qui ne semble pas être le cas. Je n'ai pas prévu de la revoir en contrôle, mais je reste à votre entière disposition si nécessaire. " Pour compléter l'instruction de la demande de prestations de l'assurée, l'OAI a mandaté son Service médical régional (ci-après: SMR) afin qu'il procède à un examen médical. Ce dernier a eu lieu le 28 avril 2003. Selon le rapport d'examen psychiatrique établi le 20 juin 2003, le diagnostic qui a été posé était celui de trouble

dépressif récurrent, réactionnel, actuellement en rémission (F33.4). L'appréciation du cas de l'assurée était notamment la suivante: "[...] Sur la base de notre observation clinique, le status psychiatrique est dans les limites de la norme. En ce qui concerne le diagnostic de trouble dépressif récurrent, posé par le Dr S. _____, déjà amélioré au mois de septembre 2002 (voir rapport médical du 25.09.2002), il est actuellement en rémission complète. A notre avis, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, posé par le Dr S. _____, s'inscrit dans les états dépressifs réactionnels, soit dépression réactionnelle récurrente, dans un contexte familial conflictuel. En conclusion, du point de vue psychiatrique, l'assurée présente actuellement une capacité de travail exigible de 100%. En tenant compte de l'avis du médecin traitant et du psychiatre, nous pouvons reconnaître à notre assurée une incapacité de travail à 100% dès le 08.07.1999 au 25.09.2002, date de son amélioration. Les limitations fonctionnelles psychiatriques sont: Pas de limitation fonctionnelle psychiatrique. Concernant la capacité de travail exigible 100% DES SEPTEMBRE 2002 ." Par décision du 10 octobre 2003, dont la motivation a été communiquée le 13 novembre 2003 à l'assurée, l'OAI l'a informée qu'elle avait droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 100% du 1^{er} juillet 2000 au 31 décembre 2002. La motivation de cette décision était en substance la suivante: " Selon les renseignements en notre possession, vous avez travaillé en qualité d'ouvrière auprès de J. _____ SA du 02.09.1996 au 31.07.1999. Pour des raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 8 juillet 1999. C'est à partir de cette date qu'est fixé le délai de carence d'une année prévu par l'article 29 LAI précité. A l'échéance du délai en question, soit le 8 juillet 2000, et après analyse de votre dossier par notre service médical, nous constatons que votre incapacité de travail et de gain est de 100%. Dès lors, votre degré d'invalidité est de 100%. Toutefois, si la capacité de travail et de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement modifie, le cas échéant, le droit à la rente (art. 88a al. 2 RAI). Ainsi, notre service médical estime que dès le 25.09.2002 vous êtes apte à reprendre votre ancienne activité d'ouvrière à 100%. Dès lors, votre degré d'invalidité est de 0% ." Le 19 novembre 2003, l'assurée, par l'intermédiaire de son assurance de protection juridique, a formé opposition à cette décision. En substance, elle indiquait que son incapacité de travail était toujours de 100% et qu'il n'y avait pas eu d'amélioration de son état de santé. L'assurée a complété son opposition le 17 décembre 2003, faisant à nouveau valoir que son état de santé ne s'était pas amélioré, qu'elle consultait une à deux fois par mois la Dresse S. _____ et était suivie très régulièrement par le Dr C. _____ pour ses multiples troubles fonctionnels. Elle demandait l'annulation de la décision du 10 octobre 2003 et qu'une rente de l'AI lui soit versée pour une durée indéterminée. Elle a en outre requis une nouvelle expertise psychiatrique. Dans un rapport médical du 30 janvier 2004, la Dresse S. _____ a certifié qu'elle suivait toujours l'assurée pour les mêmes troubles que ceux déjà décrits dans son rapport à l'OAI du 25 septembre 2002. Elle notait que depuis l'établissement de ce rapport, l'état de santé de la patiente sur le plan psychique demeurait inchangé, voire légèrement aggravé, se manifestant surtout par des troubles alimentaires, avec la conséquence d'une perte de poids (environ 5 kg) et l'augmentation des cauchemars. Dans un avis médical du 14 septembre 2004, le Dr W. _____, du SMR, a notamment relevé ce qui suit: "[...] On peut légitimement admettre à la lecture de ce document que le 25 septembre 2002, l'atteinte à la santé psychique n'est plus invalidante déjà, au moins à cette date si ce n'est déjà avant. Il n'y a plus de traitement psychotrope. Le 28 avril 2003, lors de l'examen clinique psychiatrique au SMR, l'atteinte psychiatrique est en rémission. Le spécialiste psychiatre, se basant sur l'anamnèse, sur ses constatations et les connaissances médicales, estime que

l'IT doit être considérée comme nulle et fait remonter cette situation au 25 septembre 2002, seule date disponible au dossier, ce qui est cohérent. Les documents supplémentaires sont le rapport du 05 mars du Dr V. _____ qui n'était pas versé au dossier le jour de l'examen du SMR et n'apporte pas d'élément probant concernant cette situation psychiatrique, ainsi que le rapport médical de la Dr S. _____ du 30 janvier 2004. Outre le fait qu'il est postérieur à l'examen SMR, il ne contredit pas les propres déclarations de la Dr S. _____ du 25 septembre 2002, déclarations qu'elle confirme même, et dit aussi que l'état de l'assurée n'a pas évolué vraiment depuis. Vu ce qui précède, l'opposition de la B. _____ apparaît comme étant absolument non convaincante, basée sur une interprétation encore plus contestable des déclarations de la Dr S. _____." Par décision sur opposition du 21 septembre 2004, l'OAI a confirmé sa décision du 10 octobre 2003. Par jugement du 6 décembre 2005 (TASS AI [...] – [...]), le Tribunal des assurances du canton de Vaud a admis le recours déposé le 22 octobre 2004 par l'assurée, annulé la décision attaquée et renvoyé la cause à l'OAI pour qu'il procède à un complément d'instruction puis rende une nouvelle décision. En substance, le Tribunal des assurances a retenu ce qui suit: "[...] on constate que les médecins du SMR, qui ont examiné la recourante le 28 avril 2003, ont pu effectivement se prononcer de manière pertinente sur l'état psychique de celle-ci au moment de cet examen. Ils s'en sont, en revanche, remis sans autre au rapport de la Dresse S. _____ s'agissant de l'incapacité de travail de l'assurée du 8 juillet 2000 au 25 septembre 2002; outre le fait que l'amélioration indiquée à cette dernière date par ce médecin n'était que passagère, sa prise de position quant à une incapacité totale de travail n'est pas solidement motivée et le diagnostic posé est flou; comme le relève l'OAI, ce rapport n'est guère probant, ce qui signifie que le renvoi du SMR à celui-ci ne l'est pas d'avantage. Ainsi, force est d'admettre que l'instruction médicale effectuée par l'administration n'a pas été exhaustive, spécialement quant à la période d'incapacité totale de travail et la fin de celle-ci, qui ne saurait être fixée à la date du rapport non probant de la Dresse S. _____." B. Reprenant l'instruction du cas de l'assurée, l'OAI a confié un mandat d'expertise au Dr A. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier a rendu son rapport d'expertise médicale le 29 janvier 2007. Il a notamment constaté ce qui suit: "[...] Nous avons vu une femme qui est certes dans une expression de fatigue, peu mobile, passive et plutôt régressée, mais qui ne présente aucun trouble cognitif formel, qui est plutôt à caractériser comme euthymique et sans autre élément majeur en faveur d'un trouble dépressif dans le sens clinique du terme. Au niveau de son fonctionnement de personnalité, elle est facilement dans une position de soumission où elle met autrui dans le rôle actif. Toutes nos observations sont ainsi très proches de ce que d'autres confrères ont remarqué; l'assurée est très souvent dans une passivité, ne prend pas les messages d'activation, ceci ni sur le plan physique-corporel-musculaire-sportif, ni sur le plan psychique et social. Nous retenons donc en résumé plutôt un aspect de normalité sur le plan psychiatrique ainsi que le fait qu'un certain nombre de facteurs ne sont pas attribuables au champ médical, à savoir: - les problèmes d'acculturation, - le problème du choix de sa vie en Suisse, - le problème du couple, - le problème de la belle-famille, - les problèmes financiers qui, même s'ils ne sont pas très explicitement mentionnés, jouent un rôle certain, toute la famille étant au social. Dans toute sa posture, l'assurée nous transmet son sentiment d'être malheureuse, là-aussi, il s'agit certes d'une notion que l'on peut emphatiquement réceptionner et comprendre, mais qui n'est pas attribuable à un problème d'ordre médico-psychiatrique." Sous la rubrique «diagnostic et conclusions» de son rapport, l'expert a constaté que d'un point de vue psychiatrique et

moral, l'assurée souffrait de tendances dysthymiques. L'expert a précisé ce qui suit à cet égard: " Ce terme désigne à la fois les fluctuations de son humeur en lien avec les problèmes contextuels mentionnés, à la fois son côté bénin. Son intensité est inférieure à ce que l'on retient habituellement pour le diagnostic propre de «dysthymie». On pourrait aussi formuler dans l'autre sens: si un état de perturbations émotionnelles plus important était présent auparavant, il est maintenant, avec l'aide de la médication, suffisamment compensé. En conclusion, nous nous trouvons ainsi proches des appréciations faites en examen spécialisé du mois d'avril 2003 et nous n'avons aucun élément qui parle en faveur d'une quelconque aggravation de l'état psychique-psychiatrique dans la période 2003 à 2006. En conséquence, il n'y a sur le plan psychiatrique aucune incapacité de travail à retenir. A la limite, la reprise d'une activité professionnelle pourrait même avoir une valeur thérapeutique pour cette femme et sa situation sociale. " L'expert a relevé qu'aucun diagnostic n'avait de répercussion sur la capacité de travail, posant comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail celui de tendances dysthymiques. Il était d'avis qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail, mais une diminution de rendement dans des moments dysthymiques et passagère de 20%. Il concluait que toutes les activités accessibles avec la formation et l'expérience de l'assurée étaient exigibles. Par courrier du 17 août 2007, l'OAI a posé les questions complémentaires suivantes à l'expert: " - Existait-il une atteinte psychique qui diminuait la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle entre juillet 1999 et avril 2003? - Si oui, quelle était cette atteinte, quelles étaient les limitations fonctionnelles et quelle était la capacité de travail résiduelle dans l'activité habituelle? - Cette atteinte justifiait-elle une incapacité de travail dans une activité adaptée pour cette même période? - Si oui, quelle était cette incapacité de travail? - S'il existait une atteinte à la santé, à quelle date celle-ci s'est-elle améliorée? " Dans un rapport d'expertise complémentaire du 10 septembre 2007, l'expert a répondu en ces termes: " Question 1: Oui, une atteinte psychique existait dans la période mentionnée dans le sens d'un épisode dépressif prolongé (non «récurrent») avec problèmes anxieux associés. Visiblement, ce trouble avait un caractère aigu. Différents traitements ont été mis en place. Une accentuation a probablement eu lieu avec la naissance du deuxième enfant de l'assurée en 2000 et, relativement vite, une augmentation du conflit familial (rejet belle-mère) et conjugal (désolidarisation du mari). On peut tout à fait admettre que l'assurée était submergée et dépassée par des problèmes dans un premier temps. Question 2: Les limitations étaient liées à des blocages, troubles cognitifs, forte dévalorisation personnelle, sentiments de tristesse etc., conduisant dans leur ensemble à une incapacité de travail. Question 3: Oui, on peut admettre (et aussi à défaut d'autres informations) que l'incapacité de travail était entière. Question 4: Selon les informations, l'incapacité de travail était de 100%. Question 5: Suite à l'examen extérieur, la capacité de travail entière était retrouvée le 25.09.2002. Je n'ai aucune raison de douter de ce constat, ceci d'autant plus que la description clinique de 2002/3 ressemble déjà aux constats retenus dans l'expertise de 2007. " Dans un projet d'acceptation de rente du 14 janvier 2008, l'OAI a informé l'assurée que le droit à une rente entière lui était reconnu du 1^{er} juillet 2000 au 31 décembre 2002. L'assurée, par son conseil, a fait part de ses observations sur ce projet de décision par courrier du 15 février 2008. En substance, elle faisait valoir que l'expert n'avait pas répondu à la question de la fin de l'incapacité de travail dont la date avait été fixée par le rapport de la Dresse S._____. Elle a sollicité la mise en place d'une nouvelle expertise indépendante auprès d'un autre médecin-psychiatre. Elle expliquait enfin que l'expert n'avait rencontré la patiente qu'à une seule reprise et durant une heure, temps qu'elle

jugeait insuffisant pour apprécier sa situation médicale. Les observations de l'assurée ont été soumises à la Dresse N. _____ du SMR. Dans son avis médical du 26 février 2008, celle-ci a observé qu'il s'agissait d'arguments formels plus que médicaux. Par décision du 23 mai 2008, motivée le 22 avril 2008, l'OAI a confirmé son projet de décision du 14 janvier 2008, en attirant l'attention de l'assurée sur le fait que la prestation pour la période du 1^{er} juillet 2000 au 31 décembre 2002 avait déjà été versée en 2003 sur la base de la décision du 10 octobre 2003. En substance, l'OAI a relevé que, l'expert A. _____ ayant fait les mêmes constatations que celles faites par le SMR en avril 2003, il pouvait valablement retenir que l'assurée ne présentait plus de trouble psychique invalidant. Par acte de son mandataire du 2 juillet 2008, l'assurée a recouru contre cette décision en concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens que la rente entière de l'assurance-invalidité est versée au-delà du 31 décembre 2002. En substance, elle faisait valoir que son état de santé ne s'est pas amélioré depuis la fin de l'année 2002 et qu'il n'y avait pas de raison que la rente ne lui soit pas versée au-delà de cette date. A titre de mesures d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire. Elle a produit notamment un rapport médical du 13 mai 2009 de la Dresse S. _____, à teneur duquel elle était toujours suivie par cette praticienne en ambulatoire en raison des troubles psychiatriques qui nécessitaient un suivi psychothérapeutique et médicamenteux (Seropram® comme anti-dépresseur) et présentait une incapacité de travailler de 100% depuis 1999 sans changement notable. Par arrêt du 23 novembre 2010 (CASSO AI [...] – [...]), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours et confirmé la décision du 23 mai 2008. Elle a notamment considéré ce qui suit : “ 3.a) [...] Le rapport d'expertise psychiatrique du 29 janvier 2007 [du Dr A. _____] repose sur des examens complets, prend en compte les plaintes subjectives de la recourante et décrit clairement la situation médicale. Il ne contient pas de contradictions et les autres avis médicaux au dossier ne font état d'aucun élément objectif qui permettrait d'en mettre en cause les conclusions bien motivées et convaincantes. L'expert explique dûment les raisons pour lesquelles le diagnostic de tendances dysthymiques est posé et pourquoi celui-ci est sans répercussion sur la capacité de travail. Pleine valeur probante, conformément aux réquisits jurisprudentiels, peut donc lui être accordée. Par ailleurs, les rapports médicaux de la Dresse S. _____ des 30 janvier 2004 et 13 mai 2009 ne sont pas de nature à remettre en question l'appréciation du Dr A. _____ : la psychiatre traitant n'y décrit aucun élément objectif ayant été ignoré dans le cadre de l'expertise ou qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause les conclusions de l'expert. Il faut en outre rappeler qu'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (cf. chiffre 2 let. c supra). L'expert a pour le surplus confirmé dans son complément d'expertise du 10 septembre 2007 que l'assurée avait présenté une incapacité de travail dès juillet 1999, et que sa capacité de travail entière était retrouvée le 25 septembre 2002. Il a en outre observé que la description clinique 2002-2003 ressemblait déjà aux constats retenus dans son expertise de 2007. b) En définitive, la décision attaquée ne prête pas le flanc à la critique en tant qu'elle retient que trois mois après le 25 septembre 2002, il n'y avait plus de trouble psychique invalidant, si bien que la recourante aurait pu reprendre son activité habituelle et mettre à profit une capacité de travail et de gain excluant le droit à une rente d'invalidité. En effet, comme on vient de le voir, il doit être retenu, au regard de l'expertise du Dr A. _____ et de son complément, que la recourante aurait pu dès cette

date mettre à profit une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% dans toutes les activités accessibles avec son expérience, de sorte qu'elle ne présentait désormais plus le moindre degré d'invalidité, entraînant la suppression de la rente d'invalidité trois mois après l'amélioration (art. 88a al. 1 RAI). c) S'agissant de la requête de l'assurée tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique, elle a été rejetée le 16 juin 2009 par la juge instructrice. [...]” C. Le 18 octobre 2014, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente. Elle faisait état d'une atteinte à la santé sous la forme de dépression « depuis plusieurs années » avec un suivi depuis 2005 auprès de la Dresse S. _____. L'assurée n'a pas réagi à un courrier du 21 octobre 2014 de l'OAI lui impartissant un délai de 30 jours pour produire à ses frais, un rapport médical détaillé précisant entre autres le diagnostic, la description de l'aggravation de l'état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle était survenue, le nouveau degré de l'incapacité de travail, le pronostic et d'autres renseignements utiles ou pour apporter tout autre élément de nature à constituer un motif de révision. Ainsi, dans un projet de décision du 3 décembre 2014, l'OAI lui a fait part de son intention de ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande. Le motif était qu'un nouvel examen ne pourrait être envisagé que si l'intéressée rendait plausible une modification de l'état de fait susceptible de changer son droit aux prestations depuis la décision du 23 mai 2008, mettant fin à la rente au 31 décembre 2002. Or, malgré le délai accordé par courrier du 21 octobre 2014, l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable une telle modification de sorte qu'il s'agissait uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait. Le 27 février 2015, l'assurée, par l'intermédiaire de son assurance de protection juridique, a fait part d'une péjoration de son état de santé. Elle a étayé ses allégations par la production, d'un rapport rédigé le même jour sous la plume de la Dresse S. _____. Ce document a la teneur suivante : “ A la demande de notre patiente - Mme Y. _____ - et suivant le courrier de l'Office AI qu'elle a reçu, nous pouvons donner les éléments suivants : La patiente est d'origine turque, mariée avec un Turc et mère de 4 fils. Elle vit en Suisse depuis 1994 et ne travaille plus depuis 2000 ; elle a été suivie sur le plan psychothérapeutique d'abord au sein de l'association [...] puis en cabinet privé par la soussignée, à la demande de son médecin traitant. Nous avons retenu comme diagnostic un trouble dépressif récurrent moyen à sévère qui s'est péjoré par des crises d'angoisse avec trouble de la respiration / ventilation, nécessitant des interventions d'urgence au CHUV. Elle a vécu, après son mariage, un conflit avec sa belle-famille et son mari l'a mise dans un état de soumission, entraînant une dépression larvée, sans que Mme Y. _____ puisse développer des défenses plus adéquates. Suite au décès de son père et une aggravation du conflit avec sa belle-famille et son mari, Mme Y. _____ a commencé à présenter des crises d'angoisse et un état de tristesse marqué par des pleurs fréquents. Les symptômes comme de la fatigue, des douleurs, des peurs, une tristesse, se sont intensifiés ainsi que des troubles végétatifs tels que des troubles du sommeil, de l'appétit ; dernièrement, on observe des manifestations de colère chez Mme Y. _____, ce qu'elle avait toujours su cacher derrière un masque de femme dominée. Nous estimons que, au vu de son état psychique, elle n'est pas en état de travailler - incapacité de travail à 100%. Le pronostic est réservé. ” Le 25 mars 2015, l'assurée expliquait que la détérioration évoquée par son psychiatre traitant, consécutive au décès de son père et de l'aggravation du conflit avec sa belle-famille et son mari, remontait en août 2013. Elle demandait en conséquence à l'OAI d'instruire sa nouvelle demande suite au certificat transmis. Le rapport du 27 février 2015 de la Dresse S. _____ a été soumis à la Dresse G. _____ du SMR. Dans son avis médical du 22 mai 2015, celle-ci a observé que les descriptions annoncées par le psychiatre

traitant étaient semblables à celles déjà mentionnées au terme de ses précédents rapports, en particulier ceux des 25 septembre 2002 et 30 avril 2004. S'ajoutait à cela une imprécision des diagnostics inapte à attester valablement une péjoration de l'état de santé chez l'assurée. Par décision du 2 juin 2015, l'OAI a intégralement confirmé à l'assurée son refus d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations. Le motif était que Y. _____ n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. Dans un courrier d'accompagnement du 1^{er} juin 2015, se ralliant à l'avis recueilli auprès du SMR, l'OAI estimait qu'à l'appui de sa contestation du 25 mars 2015, aucun élément médical nouveau susceptible de modifier la position de son projet du 3 décembre 2014 n'avait été apporté par l'intéressée. D. Par recours déposé le 3 juillet 2015 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, Y. _____, dès lors représentée par Me Laurent Damond, a conclu, avec dépens, principalement à l'octroi d'une rente AI entière et subsidiairement, à l'annulation de la décision précitée ainsi qu'au renvoi du dossier de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. La recourante requiert également la mise en œuvre d'une expertise par le Tribunal afin d'évaluer sa capacité de travail résiduelle. Elle soutient sur la base du rapport du 27 février 2015 de la Dresse S. _____ qu'atteinte dans sa santé, son état se serait objectivement aggravé, lui ouvrant droit à la rente et justifiant par la même, la reprise de l'instruction au moyen de l'expertise requise. Au terme de sa réponse du 1^{er} septembre 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. Se référant à la teneur de l'avis SMR du 22 mai 2015 établi en lien avec le dernier rapport de la Dresse S. _____, il répète qu'aucun élément médical ne rend plausible une aggravation de l'état de santé depuis la décision du 23 mai 2008 elle-même confirmée par jugement du 23 novembre 2010 de la Cour de céans. L'intimé retient que son refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande est bien-fondé. Par réplique du 1^{er} février 2016, la recourante a produit un rapport daté du 27 février 2016 de la Dresse S. _____. Cette pièce médicale reprend en intégralité la teneur du rapport du 27 février 2015 de ce même psychiatre déjà au dossier produit par l'intimé. La recourante a indiqué ne pas disposer d'autres documents. Dans sa duplique du 22 février 2016, l'intimé a confirmé ses conclusions dans le sens du rejet du recours et du maintien de la décision querellée. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI [RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) 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). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD). c) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le

recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et les références; cf. ég. TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 2 et 9C_197/2007 du 27 mars 2008 consid. 1.2). b) Le litige porte en l'occurrence sur le point de savoir si la nouvelle demande déposée le 18 octobre 2014 établissait de manière plausible une modification de l'invalidité susceptible d'influencer le droit de l'assurée aux prestations. 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA in fine). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. b) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI [Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201] tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement art. 87 al. 2 et 3 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées). A cet égard, 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; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 ; TFA I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI (tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement art. 87 al. 3 RAI) et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b; TF 9C_970/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2). Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2 et 9C_970/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2). Dans une telle situation, il

convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGa, si entre 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, d'une part, et la décision litigieuse, d'autre part, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.4 et 130 V 71 consid. 3.2 ; TF 9C_754/2013 du 16 avril 2014 consid. 2.1). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TF 9C_717/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.3; TFA I 491/2003 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées (cf. consid. 3a supra), la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). 4. Le Tribunal fédéral des assurances a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Il a précisé qu'en égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPGa) – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse ; 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 se sont modifiées, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 ; TFA I 52/2003 du 16 janvier 2004 consid. 2.2; TFA I 67/2002 du 2 décembre 2002 consid. 4). Il s'ensuit que dans un litige de ce genre, l'examen du juge des assurances est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (TF I 597/2005 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 et les références citées). 5. En l'espèce, l'Office AI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande AI déposée le 18 octobre 2014 par la recourante. Faisant siennes les constatations du SMR, il a retenu que l'état de santé de celle-ci ne s'était pas modifié (aggravé) de manière essentielle depuis la dernière décision du 23 mai 2008 octroyant une rente limitée dans le temps (pour la période du 1^{er} juillet 2000 au 31 décembre 2002), confirmée par arrêt de la Cour de céans du 23 novembre 2010 lui-même entré en autorité de la chose jugée. La recourante fait valoir pour sa part que les lignes du 27 février 2016 de la Dresse S. _____, identiques à celles du rapport du 27 février 2015 de ce psychiatre traitant, démontreraient une aggravation de son état de santé avérée justifiant la reprise de l'instruction du dossier. Ce faisant, elle se prévaut d'une péjoration de sa santé sur le plan psychiatrique à l'exclusion d'une telle situation au niveau somatique (précisément rhumatologique) à compter de la précédente décision de mai 2008. a) A titre

liminaire, il convient de relever qu'hors procédure administrative, la recourante a produit un rapport daté du 27 février 2016 rédigé sous la plume de la Dresse S._____. Cette dernière pièce médicale ne saurait être prise en compte dans le cadre de la présente procédure dès lors qu'elle a été établie ultérieurement au prononcé de la décision litigieuse du 2 juin 2015. Dans un litige du genre de celui d'espèce, l'examen du juge des assurances est en effet d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; cf. consid. 4 supra). b) Il convient dès lors de déterminer si la recourante a rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision du 23 mai 2008. c) aa) Le 21 octobre 2014, l'Office AI a imparté un délai de 30 jours à l'assurée pour produire, à ses frais, un rapport médical détaillé précisant entre autres le diagnostic, la description de l'aggravation de l'état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle est survenue, le nouveau degré de son incapacité de travail, le pronostic et d'autres renseignements utiles ou pour apporter tout autre élément de nature à constituer un motif de révision. Le rapport du 27 février 2015 de la Dresse S._____ n'a été produit pour la première fois que dans le cadre de la contestation du projet de décision de refus d'entrée en matière rendu le 3 décembre 2014. Ce document a été soumis pour appréciation au SMR (cf. avis du 22 mai 2015 de la Dresse G._____). Le 1^{er} juin 2015 dans un courrier explicatif joint et faisant partie intégrante de la décision attaquée, l'OAI a constaté que de l'avis des médecins du SMR, la recourante ne lui avait apporté aucun élément médical nouveau de nature à modifier la position de son projet précité. bb) Sous l'angle psychiatrique, en janvier 2007, le Dr A._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, n'a pas retenu de diagnostic invalidant chez l'examinée, posant comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail celui de tendances dysthymiques avec une diminution de rendement dans des moments dysthymiques et passagère de 20%. Cet expert a précisé le 10 septembre 2007 que la capacité de travail entière était recouvrée le 25 septembre 2002, observant en outre que la description clinique 2002-2003 ressemblait déjà aux constats retenus dans son expertise de 2007. Ce point de vue a ensuite été repris et entériné par l'OAI dans sa décision de prestations du 23 mai 2008, puis par la Cour de céans au terme de son arrêt du 23 novembre 2010 (cf. CASSO AI [...] – [...], consid. 3a-b). A l'appui de sa nouvelle demande, la recourante a produit uniquement un rapport du 27 février 2015 établi à sa demande par son psychiatre traitant qui évoque une aggravation de son état de santé psychiatrique. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6 ; TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3 et I 1093/2006 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). Quoiqu'en dise la recourante, le rapport du 27 février 2015 de la Dresse S._____ n'est pas déterminant dès lors que celle-ci y mentionne une aggravation de l'état de santé de sa patiente, mais sans l'étayer. Il doit être admis avec réserve puisqu'il émane du médecin traitant lequel, par la position de confident privilégié que lui confère son mandat, a généralement tendance à se prononcer en faveur de ses patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). En outre, la psychiatre fait état de crises d'angoisse et un état de tristesse marqué par des pleurs fréquents suite au décès du père de la recourante et une aggravation du conflit avec la belle-famille de celle-ci et son mari. Elle estime que les symptômes comme la fatigue, les douleurs, les peurs et la tristesse se sont intensifiés comme des troubles végétatifs tels que des troubles du sommeil et de l'appétit. On doit admettre avec le SMR que les descriptions

de la Dresse S. _____ sont semblables à celles figurant dans les précédents rapports de la psychiatre, en particulier le rapport du 25 septembre 2002. Ces facteurs étaient connus et donc déjà pris en compte en 2007 par l'expert A. _____. A cet égard, il sied de rappeler qu'une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (cf. consid. 3b supra). Le rapport du 27 février 2015 de la Dresse S. _____ ne fait en particulier état d'aucun diagnostic, mais uniquement de symptômes et troubles. S'ajoute à cela que l'incapacité de travail totale mentionnée n'est pas étayée sur le plan médical. Ce rapport se caractérise en effet par l'absence d'anamnèse fouillée, de status clinique, de diagnostic psychiatrique, de descriptif du traitement mis en œuvre et d'appréciation circonstanciée des limitations fonctionnelles de la recourante. Il est dès lors impossible de conférer pleine valeur probante au rapport du 27 février 2015 de la Dresse S. _____ (sur la notion de valeur probante d'un rapport médical, cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Il n'y est de surcroît attesté aucun élément nouveau postérieur à l'expertise du 29 janvier 2007 du Dr A. _____ ; même si la Dresse S. _____ allègue des interventions d'urgence au CHUV liées à l'aggravation récente qu'elle mentionne, il n'y en a cependant pas trace au dossier. Il n'est également pas fait état d'un renforcement du suivi ambulatoire en cabinet privé, notamment par la prescription de nouveaux médicaments en lien avec les symptômes et troubles listés. Il ne résulte par conséquent pas du rapport en question d'élément nouveau propre à remettre en cause l'appréciation, très fouillée, du Dr A. _____ de 2007. En tout état de cause, force est de constater que le psychiatre traitant n'a fait mention d'aucun élément objectif nouveau à l'appui de son analyse de février 2015. Ainsi, le rapport du 27 février 2015 de la Dresse S. _____ ne rend pas plausible une aggravation de l'état de santé et ne justifie pas la reprise de l'instruction du dossier par l'OAI. On doit dès lors considérer avec l'intimé qu'il n'est pas fait état en l'espèce de renseignements médicaux nouveaux justifiant d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations AI. En refusant la reprise de l'instruction du dossier à l'occasion de la deuxième demande de rente, la décision attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours. Il n'y a pas lieu de donner suite à la requête d'expertise, cette requête sortant manifestement du cadre défini par l'art. 87 al. 3 RAI. 6. a) En définitive mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI); le montant des frais est fixé en fonction de l'importance et de la difficulté de la cause et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 4 al. 1 et 2 TFJDA [Tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative, RSV 173.36.5.1], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur et de la complexité de la cause, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD), sans qu'il se justifie d'allouer des dépens dès lors que l'intéressée, assistée par un avocat, n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours déposé le 3 juillet 2015 par Y. _____ est rejeté. II. La décision rendue le 2 juin 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de Y. _____. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Laurent Damond (pour

Y. _____), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS), par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.