

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 décembre 2010

Présidence de Mme LANZ PLEINES
Juges : Mmes Röthenbacher et Di Ferro Demierre
Greffier : Mme Vuagniaux

Cause pendante entre :

K._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Patrick Mangold,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 87 al. 3 et 4 RAI; 17 al. 1 LPG

E n f a i t :

A. K._____, née en [...], a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) le 17 janvier 2008. Selon l'extrait du compte individuel AVS, elle n'a plus exercé d'activité professionnelle depuis début 2001.

Dans un rapport médical du 5 mars 2008, le Dr Q._____, généraliste FMH, a notamment exposé ce qui suit :

« A. Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail (existant depuis quand ?)

Depuis 1997 (CIM 10)

- Etat dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2)
- Probable modification durable de la personnalité non attribuable à une lésion ou à une maladie cérébrale (F62)
- Troubles anxieux phobiques dont une agoraphobie et phobie sociale (F40.0, F40.1)
- Probable anxiété généralisée (F41.1)

(ces diagnostics sont énumérés ici de façon contiguë leur ordre d'apparition étant difficile à connaître)

- Douleurs s'étendant sur tout l'hémicorps G depuis la malléole, l'épaule G, les côtes, des douleurs intestinales récurrentes, la cuisse G et le pied G.

(...)

D. DONNES MEDICALES

(...)

3. Anamnèse

(...)

En 1995, des douleurs dentaires du côté D lui font consulter un dentiste à Lausanne, le Dr [...]. Celui-ci déclare, selon la patiente, ne rien trouver à ce moment là. C'est le 21.11.1997, lors d'un traitement de racine à G et suite à des infections à répétition ainsi que des extractions dentaires, qu'elle commence à avoir des douleurs maxillo-faciales importantes du côté gauche. Ces douleurs diffuses dans son corps, selon ses dires, jusque dans les intestins. En avril 2003, elle fait une chute à Yverdon et elle est hospitalisée pour une fracture de l'épaule G. Pendant ce temps, elle fait des cours d'allemand ainsi que d'autres cours dans le cadre du chômage mais ne retrouve toujours pas de travail. Le RMR lui est refusé en raison d'un

niveau économique trop élevé. Elle souffre tous les jours de maux de tête, augmentant surtout en fin de journée. Elle déclare sentir que ce n'est pas normal, que cela "correspond avec les sinus et que probablement c'est un empoisonnement". Elle déclare ne plus pouvoir se concentrer en raison des maux de tête depuis lors. C'est en juillet 2005 qu'elle va consulter un autre dentiste, le Dr [...] qui lui propose d'autres extractions dentaires.

Ce qui ressort de façon majeure de l'anamnèse de cette patiente est un attachement maladif à son problème dentaire. Tout part de là, les douleurs maxillo-faciales, les céphalées, les nuchalgies, les dorsalgies, les douleurs intestinales, les difficultés de concentration et j'en passe.

A noter dans l'anamnèse personnelle, bio-psycho-sociale, la patiente déclare ne pas avoir eu beaucoup d'ami dans sa vie, elle décrit avoir eu un copain en 1990 pendant quelques mois et ces relations n'étaient que des relations de travail tout en décrivant une extrême difficulté à avoir des relations privées. Elle dit n'avoir que vécu pour son travail, mentionne une peur vis-à-vis des autres. L'exemple le plus concret : elle avoue ne jamais avoir déclaré à ses voisins d'être au chômage, ayant honte de ne pas travailler mais ceci l'isolant d'autant plus. En résumé la vie de la patiente est caractérisée par un isolement social important.

4. Plaintes subjectives

Comme mentionné dans l'anamnèse, celles-ci sont nombreuses et remplissent le temps de la consultation. La patiente se met souvent à pleurer en se plaignant "des conséquences de ses problèmes dentaires qui ont envahi son corps".

5. Constatations objectives

Comme vous le comprendrez, suite à l'anamnèse, les constatations objectives sont une femme triste, s'habillant de façon très neutre, pleurant facilement et se plaignant toujours de la même chose, sans avenir et avec une perte totale de la confiance en elle. Le status ne met pas d'élément important en évidence ».

Le Dr Q._____ a relevé que la capacité de travail de sa patiente était nulle depuis le 1^{er} août 2005 dans son activité habituelle de [...], mais que l'on pouvait exiger d'elle qu'elle travaille dans une activité adaptée correspondante, mais avec rendement progressif dont le maximum devait être déterminé par des examens bio-psycho-sociaux.

Le 3 juillet 2008, le Dr C._____, psychiatre FMH au Service médical régional AI (ci-après : le SMR), a procédé à un examen clinique de l'assurée. Dans son rapport du 14 juillet 2008, le praticien a notamment exposé ce qui suit :

« **DIAGNOSTICS**

- avec répercussion sur la capacité de travail :
 - aucune sur le plan psychiatrique
- sans répercussion sur la capacité de travail :
 - dysthymie (F34.1)
 - traits de personnalité anankastique

APPRECIATION DU CAS

Assurée de [...], au bénéficiaire d'un CFC de [...], célibataire, en incapacité de travail médicalement attestée depuis 2005, elle est au bénéficiaire du revenu d'insertion. Elle dépose une demande AI en date du 17.01.2008, pour état dépressif sévère sans symptôme psychotique, troubles anxieux phobiques avec agoraphobie et phobie sociale, syndrome douloureux chronique de l'hémicorps gauche.

L'examen clinique SMR met en évidence :

- une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger. Le tableau est essentiellement constitué par des troubles de la concentration actuellement en amélioration depuis 2007, une fatigabilité, un repli sur elle-même, critiqué et en voie d'amélioration lui aussi et une fluctuation de l'humeur avec à raison de 50 % du temps des moments difficiles avec douleurs, fatigue, irritabilité parfois troubles du sommeil et repli sur elle-même; et à raison de 50 % du temps des moments où elle sent moins de douleurs, se sent moins fatiguée, retrouve ses envies, sort en promenade, retrouve le plaisir de jardiner. L'intensité et la fluctuation du tableau évoque le diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquelles ils se sentent bien, mais la plupart du temps ils se sentent fatigués et déprimés, tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes, mais ils restent habituellement capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est le cas de notre assurée.
- En dehors de ce tableau de dysthymie, l'examen clinique SMR met en outre en évidence des traits de personnalité anankastique avec rigidité, nécessité du contrôle permanent, inhibition affective, ces traits n'en constituent pas pour autant un trouble de personnalité.

Notre examen clinique psychiatrique n'a par ailleurs pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique,

Nous nous éloignons des diagnostics proposés par le médecin généraliste traitant, le Dr Q. _____, car nous ne retrouvons pas les éléments d'un tableau motivant un diagnostic d'état dépressif sévère sans symptôme psychotique, nous ne retrouvons pas d'élément anxio-phobique tout particulièrement avec agoraphobie ou phobie sociale, au contraire, l'assurée se qualifie de quelqu'un de sociable appréciant le contact et ayant délaissé des amitiés anciennes et solides qu'elle souhaite renouer actuellement.

Enfin, l'assurée ne s'est pas plainte d'un syndrome douloureux chronique de l'hémicorps gauche mais essentiellement de sensations de brûlures du cuir chevelu jusqu'au milieu du dos, de maux de tête et de douleurs intestinales. Cependant, l'évocation diagnostic d'un syndrome somatoforme douloureux persistant doit nous faire envisager d'apprécier les critères de gravité de la jurisprudence afin d'en déterminer l'aspect incapacitant :

- > nous ne retrouvons pas la détresse habituellement présente dans ce genre de tableau symptomatique,
- > l'intensité d'une dysthymie n'est pas suffisante pour participer d'une comorbidité psychiatrique manifeste,
- > l'affection s'étend sur plusieurs années mais l'assurée précise une amélioration depuis 2007,
- > si l'assurée semble avoir négligé certaines relations anciennes et solides, elle a à cœur de renouer actuellement; elle a par contre toujours maintenu les relations familiales,
- > l'état morbide semble en partie cristallisé sur les plaintes douloureuses,
- > mais l'assurée n'a jamais consulté en psychiatrie.

Nous pouvons donc conclure que les critères de gravité de la jurisprudence n'étant pas réunis, nous ne pouvons considérer ce tableau de plaintes douloureuses comme incapacitant.

L'assurée n'a jamais consulté de psychiatre, elle n'a pas de traitement psychotrope, son médecin traitant lui prescrit du Ferro sanol® 1 comprimé par jour et du Metamucile® en réserve.

Nous pouvons donc considérer que l'examen clinique SMR ne met pas évidence de maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée ».

Le spécialiste a ainsi estimé que, sur le plan psychiatrique, l'assurée était capable de travailler à plein temps tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée.

Dans un rapport médical du 24 juillet 2008, le Dr M. _____ du SMR a retenu que l'assurée ne présentait ni incapacité de travail ni limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique et que les troubles physiques évoqués, soit les céphalées, les troubles digestifs fonctionnels, les douleurs et les paresthésies du cuir chevelu n'étaient pas du ressort de l'assurance-invalidité.

Par projet de décision du 30 juillet 2008, puis par décision du 18 novembre 2008, l'OAI a informé l'assuré qu'elle n'avait pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante entravant durablement et de manière importante l'exercice d'une activité ou l'accomplissement de travaux habituels. Cette décision est devenue exécutoire faute de recours.

B. Le 28 mai 2009, le Dr J._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a écrit au SMR en exposant notamment ce qui suit :

« La patiente susnommée est venue à ma consultation depuis le 16 octobre 2008, sur le conseil de son médecin de famille, M. le Dr Q._____ à Lausanne, en raison d'une évolution dépressive allant en s'aggravant et devenue durable, chez une personnalité anankastique, avec d'importants traits d'immaturité.

J'ai pris connaissance avec intérêt des conclusions de l'examen psychiatrique de notre collègue, M. le Dr C._____, psychiatre FMH de votre Service Médical, établi en date du 3 juillet 2008.

(...)

Observation clinique

Nous n'avons pas remarqué de troubles de la vigilance, même si la patiente se plaint de troubles de l'attention et de la concentration ainsi que de la mémoire, notamment lorsqu'elle est angoissée, à la présence de plusieurs personnes ou préoccupée par ses troubles somatoformes, nous a-t-elle expliqué.

Nous avons remarqué un léger ralentissement psychomoteur, que nous mettons sur le compte de la pathologie anxieuse et dépressive.

Son discours reste toujours cohérent et nous n'avons pas remarqué de troubles du cours ou du contenu de la pensée, même si dans ses propos la patiente revient souvent sur ses plaintes somatiques. Le focus de la conversation est bien partagé. La symptomatologie d'angoisse est parfois bien évidente, la patiente se plaignant d'un sentiment de vertige, de vide dans la tête, de tachycardie, de transpiration, affirme avoir peur de se retrouver toute seule et c'est la raison pour laquelle elle se rend de plus en plus souvent dans sa famille. La symptomatologie dépressive est caractérisée par la tristesse, la tendance à l'aboulie, à l'apathie, à la diminution du plaisir dans les activités du quotidien, pour lesquelles elle dit devoir se forcer, même pour des activités légères, ou des activités de jardinage chez ses parents. Elle se plaint de fatigue et de fatigabilité, d'un repli de plus en plus important sur soi-même, et de l'apparition de quelques symptômes de phobie sociale. Elle se plaint aussi d'irritabilité, de troubles du sommeil dans le sens de difficultés à l'endormissement et de réveil précoce avec parfois des difficultés à se rendormir, de perte de confiance en soi-même. La manière où cette patiente s'est organisée depuis plus qu'une année montre bien qu'elle ne saurait reprendre une activité de travail en plus des efforts qu'elle doit fournir pour accomplir des tâches ménagères et pour entretenir des relations avec sa famille. Elle affirme qu'elle n'a pratiquement plus d'amis.

Elle ne consomme pas d'alcool, ni d'autres substances psychotropes, elle continue à passer des heures en crochetant, tricotant, brodant ("*sans cela ce serait le vide*", répète-t-elle), pendant l'hiver, et en jardinant chez ses parents ou faisant des balades pendant la bonne saison. Elle sort de moins en moins et elle a perdu l'envie de renouer avec des relations qu'elle avait autrefois : "*j'ai perdu les personnes de vue et on ne s'est plus recontacté ; pour sortir ou rencontrer du monde, il faut se sentir suffisamment bien et je suis mal, mal, mal...*", nous a-t-elle répété. Par ailleurs, "*faire les*

choses habituelles me prend beaucoup plus de temps qu'auparavant"

Je n'ai pas observé de symptômes de la lignée psychotique, notamment pas de troubles de la pensée, ni de la perception. Il est toutefois à signaler que les symptômes qui pouvaient paraître à l'origine des somatisations paresthésiques (au visage, au sinus, au front, aux dents, ...), douloureuses (maux de têtes, algies faciales, brûlures dans la région dorsale) ou gastro-intestinales (alternance de diarrhées ou de constipation), ont pris l'allure de convictions délirantes de type hypocondriaque, qui ont progressivement envahi son champ existentiel depuis 2005 d'après l'anamnèse.

Cet aspect de la pathologie psychiatrique de Mme K. _____ n'a pas été pris en compte à mon avis par notre collègue, M. le Dr C. _____. C'est fondamentalement cette pathologie qui marque la décompensation de la personnalité de la patiente et qui fonde l'invalidité de cette dernière.

(...)

EVALUATION DE LA SITUATION

L'anamnèse, l'observation clinique et les tests psychologiques permettent de poser le diagnostic d'une évolution dépressive allant en s'aggravant et devenue durable chez une personnalité au noyau psychotique organisé pour parer au morcellement et à l'apragmatisme, ainsi qu'à un défaut de construction de l'espace symbolique, sur le mode caractériel au sens de l'attachement au concret, chez une femme à l'intelligence normale faible, profondément et chroniquement déprimée. On peut aussi parler de "pensée opératoire" selon Marty et Fain, auteurs bien connus de l'Ecole psychosomatique française.

On ne trouve pas de traits revendicateurs à l'observation clinique et aux tests projectifs. Mme K. _____ aimerait être reconnue comme victime, mais elle ne parle pas de rente, elle dit qu'elle aimerait retrouver du travail.

L'apragmatisme est l'élément saillant du tableau clinique. La patiente, comme ses personnages du TAT, "*attend*", "*en crochetant, en tricotant, en brodant...*". Sa vie est suspendue, et bien qu'ils ne la comprennent pas, comme elle nous l'a souvent répété, elle se réfugie chez ses parents, comme un enfant blessé. Elle se sent profondément changée et perd espoir "*car elle se sent très nulle et ne voit pas d'issue*".

Il semble bien que les douleurs aient cassé la fragile insertion sociale qu'elle avait pu réaliser entre son travail, ses périodes de chômage, sa vie sentimentale pauvre et ses copines. Elle n'a pas les ressources psychologiques pour "*se reconstruire*" comme elle le dit, même si une activité occupationnelle, sans exigence, serait peut-être bienvenue pour lui offrir quelques contacts et mettre un peu de vie dans la sienne qui n'en a plus.

La personnalité est actuellement décompensée et celles qui pouvaient paraître à l'origine des somatisations paresthésiques (au visage, au sinus, au front, aux dents, ...), douloureuses (maux de tête, algies faciales, brûlure dans la région dorsale) ou gastro-intestinales (alternance de diarrhée et de constipation) ont pris l'allure de conviction délirante de type hypocondriaque qui ont

envahi tout son champ existentiel depuis probablement 2005. Elle est convaincue qu'il y a eu chez elle "une sorte d'épuisement" et ne démord pas de cette conviction. Il s'agit chez elle de préoccupation persistante sur de multiples troubles somatiques qu'elle vit comme graves et évolutifs, chaque menu symptôme étant interprété par elle comme anormal, pénible, confirmant sa conviction d'être gravement atteinte dans sa santé.

C'est cette pathologie psychiatrique, qui a conditionné l'évolution anxieuse et dépressive chronique, qui était d'intensité moyenne à sévère lorsque la patiente est venue à ma consultation le 16 octobre 2008 et qu'il faut considérer comme durable au vu du peu d'amélioration intervenue en dépit des mesures thérapeutiques appliquées, avec bonne collaboration de la patiente.

Conclusion

A la lumière des documents déposés dans votre dossier et de mon observation et évaluation de la situation, je vous demande de réévaluer la situation de cette patiente, le cas échéant, de mettre en œuvre une expertise somato-psychiatrique confiée à la Policlinique Médicale Universitaire à 1001 Lausanne ou un autre ».

Par acte du 25 juin 2009, K._____ a déposé une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Dans un avis médical du 27 juillet 2009, le Dr M._____ a estimé que le Dr J._____ n'apportait aucun élément objectif justifiant que l'on s'écarte des conclusions du psychiatre du SMR du 14 juillet 2008. En effet, son estimation selon laquelle les plaintes somatiques avaient pris l'allure de convictions délirantes de type hypocondriaque marquant une décompensation de la personnalité résultait d'une interprétation personnelle de l'état de santé de l'intéressée, de même que l'estimation de la sévérité des symptômes dépressifs.

Par projet de décision du 10 novembre 2009, puis par décision du 7 janvier 2010, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assurée, au motif que celle-ci n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle.

C. Agissant par l'intermédiaire de son conseil, Me Patrick Mangold, avocat à Lausanne, K._____ a recouru contre la décision du 7 janvier 2010 par acte du 11 février 2010, en concluant principalement à sa

réforme dans le sens d'une entrée en matière sur sa demande de prestations et, subsidiairement, à son annulation, la cause étant renvoyée à l'OAI pour nouvelle instruction. En substance, elle a fait valoir que le rapport du 28 mai 2009 du Dr J._____ mettait en évidence des éléments objectifs nouveaux, à savoir un léger ralentissement psychomoteur, une symptomatologie dépressive caractérisée par la tristesse, une diminution du plaisir dans les activités du quotidien, même légères, et une perte de confiance en soi. De plus, le praticien relevait que les symptômes qui pouvaient paraître à l'origine des somatisations paresthésiques, douloureuses ou gastro-intestinales avaient pris l'allure de convictions délirantes de type hypocondriaque marquant la décompensation de sa personnalité, ce que le Dr C._____ n'avait pas constaté. Ainsi, cette pathologie psychiatrique avait conditionné l'évolution anxieuse et dépressive chronique, qui était d'intensité moyenne à sévère lorsqu'elle avait consulté la première fois le Dr J._____ et qu'il fallait considérer comme durable, ce qui démontrait que le tableau clinique s'était sérieusement péjoré depuis la première décision.

Le 22 avril 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours, considérant que le rapport médical du Dr J._____ du 28 mai 2009 n'apportait aucun élément objectif nouveau susceptible de s'écarter des conclusions de l'examen clinique du SMR du 14 juillet 2008.

Les 8 juin et 17 août 2010, la recourante a produit deux avis médicaux du Dr J._____ des 18 mai et 29 juin 2010 respectivement et a demandé la mise en œuvre d'une expertise somato-psychiatrique.

Le 16 septembre 2010, l'OAI a produit un avis médical du SMR du 15 septembre 2010.

E n d r o i t :

1. Déposé dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA

[loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

2. a) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Conformément à l'art. 87 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'art. 87 al. 3 RAI sont remplies, lequel dispose que lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

b) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impuissance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impuissance s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3; ATF 117 V 200 consid. 4b et les références). 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 et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b; TF I_597/05 du 8 janvier 2007, consid. 2).

Aux termes de l'art. 87 al. 4 RAI, la nouvelle demande doit établir de manière plausible que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de façon à influencer ses droits. En tant que le principe inquisitoire ne s'applique pas à cette procédure, l'administration doit se limiter à examiner si les allégations de l'intéressé sont crédibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause, sans investigations, par un refus d'entrer en matière. En revanche, si l'administration entre en matière, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification de l'invalidité s'est effectivement produite. Le moment déterminant pour produire les moyens de preuve pertinents est celui du dépôt de la nouvelle demande; si l'assuré ne fait que de proposer de les produire, l'administration doit alors lui impartir un délai raisonnable pour les déposer (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

c) En l'espèce, il n'est pas contesté que la décision attaquée du 7 janvier 2010 constitue une non-entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante. La question litigieuse est donc celle de savoir si celle-ci rend vraisemblable une péjoration de son état de santé au moment du dépôt de sa deuxième demande, de sorte que les rapports médicaux des 18 mai et 29 juin 2010 du Dr J._____, ainsi que l'avis médical du SMR du 15 septembre 2010 n'ont pas à être pris en considération dans l'examen de la présente affaire. Dès lors que le principe inquisitoire ne s'applique pas à ce stade de la procédure, le tribunal de céans n'a ainsi ni à mettre en œuvre une expertise somato-psychiatrique tel que le demande la recourante dans son écriture du 8 juin 2010 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 J._____, du 28 mai 2009 –, justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier.

3. La recourante fonde l'aggravation de son état de santé sur une pièce médicale produite lors du dépôt de sa deuxième demande de prestations, soit sur le rapport médical du 28 mai 2009 du Dr J._____. Elle estime que la péjoration de son état de santé se manifeste à plusieurs égards, soit par la mise en évidence de nouveaux éléments objectifs (tristesse, léger ralentissement psychomoteur, diminution du plaisir dans les activités du quotidien et perte de confiance en soi), et une pathologie psychiatrique (somatisations paresthésiques, douloureuses et gastro-intestinales ayant pris l'allure de convictions délirantes de type hypocondriaque) ayant décompensé sa personnalité et conditionné l'évolution anxieuse et dépressive chronique qui était d'intensité moyenne à sévère lorsqu'elle a consulté le Dr J._____ pour la première fois et qu'il faut considérer comme durable.

Ce point de vue ne saurait être suivi. En effet, le Dr J._____ fait état de multiples plaintes de la recourante, à savoir fatigue, irritabilité, tristesse, troubles de la concentration, troubles du sommeil, troubles de la mémoire, repli sur soi, perte de confiance en soi, angoisses, phobie sociale, maux de tête, douleurs intestinales, douleurs maxillo-faciales et dorsalgies, mais il s'agit de plaintes qui ont déjà été relevées par les Drs Q._____ et C._____ dans leurs rapports respectifs des 5 mars et 14 juillet 2008. Même si la recourante annonce une diminution du plaisir dans ses activités quotidiennes, elle continue néanmoins à rendre visite à ses parents, à crocheter, à tricoter, à broder, à jardiner et à faire des balades durant la bonne saison. Le Dr J._____ note certes un léger ralentissement psychomoteur, mais il le relie à la pathologie anxieuse et dépressive sans que cela ne constitue une limitation fonctionnelle importante. S'agissant des somatisations paresthésiques, douloureuses et gastro-intestinales ayant pris l'allure de convictions délirantes de type hypocondriaque, le Dr J._____ ne démontre pas, au moyen des critères développés par la jurisprudence fédérale (cf. notamment ATF 132 V 65) - et dont il avait connaissance dès lors que le Dr C._____ les avait examinés dans son rapport du 14 juillet 2008 -, que la recourante est incapable de surmonter ses troubles somatoformes douloureux persistants

par un effort de volonté raisonnablement exigible. Force est donc de constater que le Dr J._____ ne fait que procéder à une nouvelle appréciation des faits sans que de nouveaux éléments déterminants aient été mis en évidence depuis l'examen clinique du SMR du 3 juillet 2008. Il en va de même concernant l'état anxieux et dépressif d'intensité moyenne à sévère observé lors de la première consultation du 16 octobre 2008 et qu'il considère comme durable. On notera enfin que le Dr J._____ ne pose aucun diagnostic lege artis selon un système de classification des maladies reconnu.

Vu ce qui précède, considérant que la recourante n'avait pas établi de façon plausible une aggravation de son état de santé, c'est à bon droit que l'administration a conclu que les conditions de l'art. 87 al. 3 RAI n'étaient pas réalisées et refusé d'entrer en matière sur sa deuxième demande de prestations.

4. Il s'ensuit que, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

Les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI, art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que celle-ci n'obtient pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 7 janvier 2010 est confirmée.

III. Un émolument de justice de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de la recourante.

IV. 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 Patrick Mangold, avocat (pour K. _____)
- 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).

La greffière :