

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 mars 2012

---

Présidence de       Mme     PASCHE  
Juges     :       Mme Rossier et M. Berthoud, assesseurs  
Greffière     :       Mme     Barman

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**L.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Charles Munoz, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

---

**Art. 87 al. 3 et 4 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** L.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née en 1950, travaillait depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2002 pour le compte de [...], Société d'agriculture, en qualité d'aide au secteur pommes de terre. Son contrat de travail a été résilié pour le 31 août 2004, son dernier jour de travail effectif ayant été le 18 juillet 2003 (cf. questionnaire pour l'employeur du 5 juillet 2005). Le 26 mai 2005, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente, précisant souffrir de problèmes de respiration et de diabète depuis mars 2003.

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a instruit cette demande et requis la production de rapports médicaux.

Dans un rapport du 12 juillet 2005, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, médecin traitant de l'assurée, a posé le diagnostic affectant la capacité de travail de douleur sternale d'origine inconnue et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de diabète type II léger et d'obésité. Il attestait une incapacité de travail totale dans la profession d'ouvrière dès le 17 juillet 2003 et se poursuivant, mentionnant une tentative de reprise du travail à 50% en janvier 2004 (du 5 janvier au 14 janvier) qui s'était révélée un échec. Le Dr F.\_\_\_\_\_ ne se prononçait pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Il joignait à son rapport plusieurs documents médicaux, dont les résultats d'un CT thoracique, d'un CT abdomino-pelvien et d'un OGD (oesophago-gastro-duodénoscopie) se révélant être dans les normes ainsi que les résultats d'un examen clinique respiratoire, d'un examen fonctionnel et d'un examen endobronchique réalisés par le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, pneumologie et médecine intensive, qui n'ont abouti à aucun diagnostic (cf. rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ du 4 novembre 2003). Il produisait également un rapport du 3 novembre 2004 du Dr R.\_\_\_\_\_, médecin-conseil adjoint de la [...], assureur-maladie de l'assurée, qui retenait un trouble somatoforme douloureux probable en l'absence d'un état dépressif

notoire. Selon le Dr R.\_\_\_\_\_, l'incapacité de travail ne se justifiait plus eu égard aux nombreux examens pratiqués et à l'absence de diagnostic retenu à ce jour, l'assurée lui paraissant apte à exercer le métier qu'elle avait exercé jusqu'alors, sans risque pour sa santé.

Après examen des pièces médicales au dossier, le Dr B.\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR) a préconisé la mise en œuvre d'un examen psychiatrique au SMR.

L'examen a été réalisé le 22 mars 2007 par la Dresse I.\_\_\_\_\_, ancien chef de clinique adjointe en psychiatrie. Le rapport, établi le 7 mai suivant et cosigné par la Dresse S.\_\_\_\_\_, médecin-chef au SMR, ne faisait état d'aucun diagnostic affectant la capacité de travail; il était cependant retenu le diagnostic de difficultés liées à l'acculturation (Z60.3) comme sans répercussion sur la capacité de travail. Les Dresses I.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ appréciaient la situation comme il suit:

"Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de troubles phobiques, de trouble de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial, qui est toujours le même depuis son arrivée en Suisse, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique invalidante.

En l'absence d'un véritable sentiment de détresse, qui fait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, nous n'avons pas retenu ce diagnostic. L'assurée n'est pas démonstrative, elle ne présente pas d'amplification verbale des plaintes somatiques, ni de signe de souffrance objectivable, elle ne présente pas de comorbidité psychiatrique invalidante, ni d'état psychique cristallisé ou profit tiré de la maladie, et son environnement psychosocial est inchangé depuis son arrivée en Suisse. Les critères cliniques de la CIM-10 en faveur d'un tel diagnostic ne sont pas remplis.

Compte tenu des difficultés en matière de preuve à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assurée ne suffisent pas pour justifier une invalidité. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés [...].

Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de difficultés liées à l'acculturation qui ne représente pas

une maladie psychiatrique invalidante, et n'a aucune incidence sur la capacité de travail.

En conclusion: sur la base d'un examen clinique dans les limites de la norme, notre assurée ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique invalidante et sa capacité de travail exigible est entière dans toute activité."

Dans un rapport d'examen SMR du 22 mai 2007, le Dr B.\_\_\_\_\_ a considéré que les difficultés liées à l'acculturation, l'obésité et les douleurs sternales sans substrat organique n'étaient pas du ressort de l'AI. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux probable postulé par le Dr R.\_\_\_\_\_ ne pouvait être confirmé en l'absence des critères cliniques de la CIM-10 en faveur d'un tel diagnostic. Il a ainsi conclu à une pleine capacité de travail dans toute activité.

Par préavis (projet de décision) du 6 juin 2007, confirmé par décision du 23 août 2007, l'OAI a signifié à l'assurée qu'elle n'avait pas droit à des prestations AI. N'ayant pas fait l'objet d'un recours, la décision du 23 août 2007 est entrée en force.

**B.** Le 29 janvier 2009, L.\_\_\_\_\_ a présenté une nouvelle demande de prestations AI, sollicitant l'octroi d'une rente. Elle indiquait que ses atteintes à la santé existaient depuis juillet 2003 et les décrivait comme suit: "diabète, mal de dos, mal de tête sans arrêt, les nerfs de la main gauche me font mal aussi, problème de respiration".

Par courrier du 3 février 2009, l'OAI lui a fait savoir qu'il considérait sa demande du 29 janvier 2009 comme une nouvelle demande au sens de l'art. 17 LPGA et des art. 87 ss RAI, en précisant qu'elle ne pouvait être examinée, en application de ces dispositions, que s'il était établi de façon plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Un délai de 30 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 17 mars 2009, l'OAI a communiqué à l'assurée un préavis (projet de décision) dans le sens d'un refus d'entrée en matière. L'assurée n'avait pas donné suite au courrier du 3 février 2009 et, corollairement, n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision de refus de prestations. L'OAI a confirmé son préavis par décision du 11 mai 2009, laquelle est entrée en force.

**C.** Le 23 septembre 2009, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant de l'assurée, s'est adressé à l'OAI notamment en ces termes:

"Conseillée par son médecin traitant, le Dr P.\_\_\_\_\_ à [...], Mme L.\_\_\_\_\_ a entrepris un suivi psychiatrique ambulatoire à ma consultation privée à [...], afin de bénéficier d'un suivi psychothérapeutique et clinique dans sa langue maternelle. La première consultation a eu lieu le 18 juin 2009, et les consultations suivantes les 14 juillet et 1<sup>er</sup> septembre 2009.

L'évaluation clinique que j'ai effectuée au travers de ces trois entretiens me permet de constater que la patiente souffre d'un trouble anxio-dépressif mixte (CIM-10: F41.2) depuis environ 8 ans, traité par différents traitements anxiolytiques par son médecin traitant. Depuis 2007, elle est au bénéfice d'un traitement antidépresseur d'Efexor ER 75 mg/j, que j'ai augmenté à 150 mg/j en raison de l'intensité des symptômes anxieux et dépressif que j'ai constaté chez la patiente lors du premier entretien. A la consultation du 1<sup>er</sup> septembre courant, malgré l'augmentation de la dose de ce médicament, j'observe chez la patiente la persistance de symptômes du registre anxieux et dépressif manifestés par différentes plaintes somatiques comme céphalées récurrentes, dorsalgies, précordialgies répétitives, lourdeur et douleurs aux jambes. Ce tableau clinique évoque une affection psychique chronique assez réfractaire aux différents traitements anxiolytique et antidépresseur.

Le trouble psychique dont souffre la patiente limite sa capacité de travail, à mon avis estimée de 40 à 50%, ceci pour une durée indéterminée, raison pour laquelle je vous prie de reconsidérer sa demande de prestations AI."

L'OAI a informé le Dr C.\_\_\_\_\_, par courrier du 7 octobre 2009, qu'il appartenait à l'assurée elle-même de demander des prestations AI au moyen du formulaire ad hoc.

Le 15 février 2010, L.\_\_\_\_\_ a déposé une troisième demande de prestations AI, sollicitant l'octroi de mesures pour une réadaptation professionnelle. Elle invoquait, comme atteintes à la santé, un diabète, un problème de respiration, des douleurs dans les jambes, une dépression et des maux de tête.

Dans un avis du SMR du 1<sup>er</sup> mars 2010, le Dr X.\_\_\_\_\_ a considéré que le Dr C.\_\_\_\_\_ avait posé le diagnostic de trouble anxio-dépressif mixte sans décrire aucun symptôme d'un trouble dépressif ou d'un trouble anxieux mais des symptômes somatiques de type douleurs diverses chroniques et avait précisé que même l'augmentation des doses de médication antidépressive n'avait eu aucun effet sur les symptômes – soit les douleurs chroniques – dont l'assurée se plaignait. Il concluait que la situation était identique à celle prévalant lors de la demande précédente, le diagnostic de trouble anxio-dépressif ayant été invalidé tant par l'assurance perte de gain que par l'examen psychiatrique du SMR.

Par décision du 11 mars 2010, l'OAI a à nouveau refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assurée, cette dernière n'ayant pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis sa précédente demande de prestations rejetée par décision du 11 mai 2009.

**D.** L.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision par acte du 11 avril 2010. Elle conclut implicitement à son annulation et au renvoi de l'affaire à l'OAI pour entrée en matière sur la nouvelle demande du 15 février 2010. En substance, elle fait valoir que son état de santé s'est péjoré au plan psychique et que ses problèmes respiratoires notamment se sont aggravés. Par écriture complémentaire du 29 avril 2010, la recourante soutient que son état de santé s'est aggravé et produit deux avis médicaux datés du 3 mai 2010; l'un émane du Dr C.\_\_\_\_\_ et rappelle le diagnostic de trouble anxio-dépressif mixte chronique, la persistance des symptômes du registre anxieux et dépressif manifestés par différentes plaintes somatiques (céphalées récurrentes, dorsalgies, précordialgies répétitives, lourdeur et douleurs aux jambes) et l'incapacité de travail

estimée à 40-50%; l'autre a été rédigé par le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, médecin traitant de la recourante, qui mentionne ne pas avoir constaté de changement notable de la thymie lors des derniers contacts, les plaintes somatiques restant pareilles, les symptômes dépressifs paraissant même s'aggraver.

Dans sa réponse du 23 août 2010, l'OAI préavise pour le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il joint un avis du SMR du 2 août 2010, par le Dr D.\_\_\_\_\_, selon lequel la situation est identique à celle de 2007, avec des douleurs ubiquitaires sans substrat anatomique ni comorbidité psychiatrique. Le Dr D.\_\_\_\_\_ précise que les symptômes décrits par le Dr C.\_\_\_\_\_ n'appartiennent pas à la lignée dépressive ou anxieuse, se limitant à des douleurs ubiquitaires non spécifiques, et que le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux retenu par le Dr P.\_\_\_\_\_ a été écarté lors de l'examen psychiatrique au SMR.

Par réplique du 17 janvier 2011, la recourante, désormais représentée par Me Charles Munoz, précise ses conclusions en ce sens que, principalement, la décision attaquée est annulée, le dossier étant renvoyé à l'OAI pour entrée en matière sur la demande de prestations et nouvelle décision et, subsidiairement, la décision attaquée est annulée, le dossier étant renvoyé à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise psychiatrique neutre. Elle fait grief à l'intimé de s'être référé uniquement à l'avis du Dr X.\_\_\_\_\_, rendu dans le cadre de la première demande de prestations AI, pour refuser d'entrer en matière sur la demande de révision, alors que les Drs P.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ lui ont chacun adressé un rapport médical le 3 mai 2010. Le Dr P.\_\_\_\_\_ indiquait que les symptômes dépressifs paraissaient s'être aggravés et le Dr C.\_\_\_\_\_ confirmait le diagnostic de trouble anxio-dépressif mixte chronique avec influence sur la capacité de travail. Elle se réfère à un rapport médical du 12 octobre 2010 du Dr C.\_\_\_\_\_, qu'elle produit, selon lequel persistent des "symptômes du registre dépressif manifestés par une tristesse et fatigue permanentes, céphalées et dorsalgies récurrentes, et du registre anxieux manifesté par différents plaintes d'étourdissements, de faiblesse et de tête vide". Elle argue avoir suffisamment rendu vraisemblable la

péjoration de son état de santé pour justifier une décision de révision. Elle reproche finalement à l'OAI un formalisme excessif, lorsqu'il affirme, dans sa réponse, qu'il n'y a pas lieu de prendre en considération les documents qu'elle produit dans le cadre de la procédure de recours.

Par duplique du 21 février 2011, l'OAI conclut au rejet du recours.

### **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, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). 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. 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).

**b)** Le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), il y a lieu d'entrer en matière.

**2.** La recourante critique la décision de refus d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations. Elle se réfère à l'appréciation du Dr C.\_\_\_\_\_ du 23 septembre 2009, à ses rapports des 3 mai et 12 octobre 2010 ainsi qu'au courrier du Dr P.\_\_\_\_\_ du 3 mai 2010 qui, selon elle, justifient une entrée en matière sur sa demande. Pour la recourante, les avis médicaux de ses médecins traitants constituent une preuve suffisante de la péjoration de son état de santé.

**3. a)** Aux termes de l'art. 87 al. 3 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 s'est modifiée de manière à influencer ses droits. De même, lorsqu'une rente avait été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions posées à l'art. 87 al. 3 RAI sont remplies (art. 87 al 4 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force de s'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). Ainsi, 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 (ATF 109 V 108 consid. 2b).

**b)** Selon la jurisprudence fédérale, le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 195 consid. 2; 122 V 158 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Eu égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration peut appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPG) - 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. 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\_708/2077 du 11 septembre 2008 consid. 2.3). Il s'ensuit que les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre, dans lequel 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 (TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 et les références citées).

**4.** En l'espèce, il n'y a pas lieu d'examiner si, entre la décision de refus de prestations entrée en force du 23 août 2007 et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit, dès lors que l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande. Il faut donc se limiter à examiner si la recourante, dans ses démarches auprès de l'OAI à partir du mois de septembre 2009, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations.

**a)** A titre préalable, on relèvera que les rapports médicaux du Dr C.\_\_\_\_\_ des 3 mai et 12 octobre 2010 n'ont pas à être pris en considération dans l'examen de la présente affaire, pas plus que le rapport médical du Dr P.\_\_\_\_\_ du 3 mai 2010. En effet, ces documents n'ont été portés à la connaissance de l'intimé qu'au cours de la procédure ouverte

céans, soit ultérieurement au prononcé de la décision litigieuse. Or, la présente procédure ne porte que sur le point de savoir si la recourante a rendu plausible, devant l'OAI, une péjoration de son état de santé depuis la décision de refus de rente.

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 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 C. \_\_\_\_\_ du 23 septembre 2009 – justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier, sans que cela ne consacre un formalisme excessif.

**b)** Dans son rapport du 23 septembre 2009, le Dr C. \_\_\_\_\_ fait état de multiples plaintes de la recourante, à savoir des céphalées récurrentes, des dorsalgies, des précordialgies répétitives, une lourdeur et des douleurs aux jambes. Il mentionne une persistance de symptômes du registre anxieux et dépressif et pose le diagnostic de trouble anxio-dépressif mixte, existant depuis environ huit ans. Or, comme le relève le Dr X. \_\_\_\_\_ dans son avis du 1<sup>er</sup> mars 2010, le Dr C. \_\_\_\_\_ diagnostique un trouble anxio-dépressif mixte sans décrire aucun symptôme d'un trouble dépressif ou d'un trouble anxieux, mais des symptômes somatiques sous forme de douleurs diverses chroniques. Le Dr D. \_\_\_\_\_ s'est également rallié à cette critique en soulignant que les symptômes décrits n'appartenaient pas à la lignée dépressive ou anxieuse, se limitant à des douleurs ubiquitaires non spécifiques (cf. avis médical du 2 août 2010).

**c)** Dans le cadre de l'instruction de la première demande de prestations, le Dr F. \_\_\_\_\_ a adressé un rapport à l'OAI le 12 juillet 2005, faisant état du diagnostic de douleur sternale d'origine inconnue, sans se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Il mentionnait de multiples plaintes de la recourante (côlon, estomac, respiration, locomoteur) et joignait différents documents médicaux relatifs

aux investigations conduites dès le mois de juillet 2003 qui s'étaient avérées normales. En effet, les médecins de l'Hôpital intercantonal de [...], consultés en urgence le 17 juillet 2003 par la recourante pour une douleur thoracique, n'ont pas retenu d'élément pour une pathologie cardiaque ischémique (cf. rapport du 17 juillet 2003). En septembre 2003, le Dr M. \_\_\_\_\_ a procédé à un examen clinique respiratoire, un examen fonctionnel pulmonaire, un examen endobronchique, des biopsies transbronchiques et des analyses microbiologiques qui se sont tous révélés normaux (cf. rapport du 4 novembre 2003). L'OGD (oesophageo-gastro-duodénoscopie) pratiquée en décembre 2003 par le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en gastroentérologie et médecine interne, s'est révélée dans les limites de la norme (cf. rapport du 4 décembre 2003). Le CT thoracique réalisé en janvier 2004 - qui ne faisait plus apparaître le syndrome interstitiel précédemment décrit sur le scanner du 18 août 2003 - et le CT abdomino-pelvien effectué en juillet 2004 étaient également dans les limites de la norme (cf. rapport du 28 janvier 2004 et rapport du 5 juillet 2004). En octobre 2004, le Dr R. \_\_\_\_\_ a examiné la recourante et relevé qu'elle se plaignait de fatigue permanente et de douleurs sternales. Il posait le diagnostic de trouble somatoforme douloureux probable, en l'absence d'un état dépressif notoire, et retenait que l'incapacité totale de travail ne se justifiait plus (cf. rapport du 3 novembre 2004). A la suite de ce diagnostic, le Dr B. \_\_\_\_\_ a décidé la mise en œuvre d'un examen psychiatrique réalisé au SMR le 22 mars 2007, à l'issue duquel aucune pathologie psychiatrique invalidante n'a été constatée. L'examen clinique pratiqué par la Dresse I. \_\_\_\_\_ n'avait pas révélé de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de troubles phobiques, de trouble de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique invalidante. La recourante ne présentait pas de véritable sentiment de détresse, de comorbidité psychiatrique invalidante ni d'état psychique cristallisé. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ne pouvait être retenu en l'absence des critères cliniques de la CIM-10 en faveur d'un tel diagnostic (cf. rapport d'examen clinique du 7 mai 2007 et rapport d'examen SMR du Dr B. \_\_\_\_\_ du 22 mai 2007).

**d)** Il appert ainsi que les symptômes somatiques mentionnés par le Dr C. \_\_\_\_\_ étaient connus de l'OAI lors de la décision de refus de prestations du 23 août 2007. En outre, dite décision se fonde essentiellement sur les conclusions de l'examen psychiatrique du SMR, selon lesquelles la recourante ne souffre d'aucune maladie psychiatrique invalidante. Le Dr C. \_\_\_\_\_ n'apporte pas de nouveaux éléments déterminants depuis cet examen. Il considère, de surcroît, que le trouble anxio-dépressif mixte était déjà présent lors de l'examen psychiatrique ("la patiente souffre d'un trouble anxio-dépressif mixte depuis environ 8 ans"). Le rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 23 septembre 2009 ne permet pas d'envisager une aggravation - tant somatique que psychique - de l'état de santé de la recourante susceptible de conduire à une diminution prolongée de sa capacité de travail. A cet égard, l'appréciation différente de la capacité de travail - estimée entre 40 et 50% pour raisons psychiques - n'est pas déterminante dans la mesure où aucune atteinte objectivable nouvelle ne justifie le taux retenu par le Dr C. \_\_\_\_\_. Il appert ainsi que la situation est identique à celle connue lors de la décision du 23 août 2007, avec des douleurs ubiquitaires sans substrat organique anatomique ni comorbidité psychiatrique (cf. avis médical du Dr D. \_\_\_\_\_ du 2 août 2010).

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'office intimé a conclu que les conditions de l'art. 87 al. 3 RAI n'étaient pas réalisées et a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations AI déposée le 15 février 2010.

**5. a)** Il s'ensuit que, 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; le montant des frais est fixé en fonction de la charge

liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 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 rendue le 11 mars 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Un émolument judiciaire 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 Charles Munoz (pour L. \_\_\_\_\_)
- 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 :