

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 mai 2020

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Berberat, juge, et M. Reinberg, assesseur
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

W. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6 ss LPGA ; 8 et 28 LAI ; 87 RAI.

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en [...], a travaillé en dernier lieu en tant qu'auxiliaire de garderie, d'avril à juin 2009. Auparavant, elle a notamment exercé les activités de secrétaire et de monitrice de fitness.

Le 16 février 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle a décrit une atteinte au dos, une inflammation des muscles et des nerfs, ainsi que des articulations douloureuses.

Dans un rapport du 23 février 2011, le Dr Z._____, neurologue, a relevé que l'examen neurologique ne montrait pas d'atteinte périphérique ou centrale. Le tableau était dominé par des rachialgies et des douleurs de la ceinture pelvienne et scapulaire évocables par la pression locale, ce qui faisait penser à une forme de fibromyalgie. La scintigraphie osseuse ne montrait pas d'anomalie évidente.

Dans un rapport du 10 mars 2011, le Dr T._____, rhumatologue, a notamment posé les diagnostics de douleurs péri- et polyarticulaires et musculaires diffuses d'origine indéterminée, ainsi que de syndrome de fatigue chronique. Il n'y avait pas d'argument rhumatologique pouvant justifier une restriction physique. Le Dr T._____ a retenu une pleine capacité de travail avec un rendement réduit en raison de douleurs multiples et a suggéré la mise en œuvre d'un bilan psychologique.

Dans un rapport du 14 mars 2011, le Dr Y._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a notamment retenu les diagnostics de myosite et de polyarthralgies. La capacité de travail était nulle. Il a joint un rapport du 13 janvier 2011 du

Dr O._____, neurochirurgien, relevant qu'il n'y avait pas d'élément clinique ou neuroradiologique pour intervenir sur le plan neurochirurgical. Les douleurs semblaient en partie amplifiées, peut-être dans le cadre d'un contexte fragilisé.

L'OAI a mandaté le Dr M._____, psychiatre, pour la réalisation d'une expertise. Dans un rapport du 9 janvier 2012, le Dr M._____ a posé le diagnostic de dysthymie. Il a précisé qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles au plan psychique et que l'assurée disposait d'une capacité de travail totale dans toute activité.

Par décision du 16 mars 2012, confirmant un projet du 31 janvier 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité. Cette décision est entrée en force.

B. a) Le 20 septembre 2012, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations en faisant état de dépression, de thalassémie mineure, d'ulcère chronique, de différentes carences dues à des problèmes gastriques, ainsi que de prolapsus des intestins avec hémorroïdes.

L'assurée a notamment transmis un rapport du 30 août 2012 des Drs J._____ et C._____, psychiatres à la H._____, établi à la suite d'une hospitalisation du 20 au 28 août 2012 en raison d'une tentative de suicide, dans le contexte d'une rupture sentimentale. L'assurée expliquait que son geste était un appel au secours. Les médecins posaient les diagnostics de trouble de l'adaptation et de probable trouble de la personnalité à investiguer.

L'OAI a mis en œuvre un complément d'expertise psychiatrique auprès du Dr M._____, lequel a confirmé ses précédentes conclusions le 27 septembre 2013.

Dans un rapport du 14 avril 2014, le Dr CC._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics de syndrome polyinsertionnel récurrent (diagnostic différentiel : fibromyalgie, Ehlers-Danlos) et de lombalgies simple avec discopathie L5-S1, lesquels entraînaient une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle.

Par projet de décision du 25 avril 2014, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations. Il a exposé que l'état de santé somatique était superposable à celui qu'elle avait présenté lors de sa demande précédente et que, s'agissant de son état de santé psychique, l'atteinte n'était pas invalidante.

Le 17 mai 2014, l'assurée a indiqué que des investigations étaient encore en cours. Elle a précisé que ses médecins avaient conclu à un syndrome d'Ehlers-Danlos. Elle avait obtenu un rendez-vous au Service de génétique médicale du G._____, fixé au 26 juin 2014, dans le but de confirmer ce diagnostic. Elle a joint un courrier du 20 mai 2014 [sic] adressé au G._____ par la Dre I._____, médecin généraliste traitant, sollicitant une convocation de sa patiente à un examen génétique. Elle soupçonnait un syndrome d'Ehlers-Danlos. La patiente se plaignait de problèmes de digestion, de douleurs articulaires, de troubles mictionnels et de fatigue. Les examens gastroentérologique, urologique et rhumatologique n'avaient pas mis en évidence de pathologie précise.

Dans leur rapport du 3 octobre 2014 consécutif à l'examen précité, la Dre V._____, spécialiste en génétique médicale, et la Dre Q._____, médecin assistante, ont exposé qu'il n'y avait pas d'éléments typiques pour un syndrome d'Ehlers-Danlos de type vasculaire. Les arguments cliniques pour un syndrome d'Ehlers-Danlos de type hypermobile étaient limités, en l'absence de signes cutanés. Même si ce diagnostic était évoqué, il n'y avait aucun test génétique pour le confirmer. Les Dres V._____ et Q._____ ont expliqué ne pas avoir d'argument pour une étiologie génétique pouvant expliquer les plaintes de la patiente. Elles ont proposé un bilan neurologique.

Par avis médical du 21 octobre 2014, le Dr X._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a constaté qu'il n'y avait aucun élément médical nouveau avec, notamment, l'exclusion du syndrome d'Ehlers-Danlos.

Par décision du 15 décembre 2014, l'OAI a confirmé son refus de prestations, dans les mêmes termes que ceux figurant dans son projet de décision. Dans une lettre datée du même jour, il a informé l'assurée qu'il n'avait pas retenu le syndrome d'Ehlers-Danlos.

Par acte du 28 janvier 2015, l'assurée a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation et au renvoi à l'OAI pour complément d'instruction. Elle a fait valoir que des investigations quant au diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos étaient encore en cours, son atteinte relevant peut être d'un cas de mutation isolée.

Dans le cadre de cette procédure, la Dre L._____, spécialiste en angiologie, a informé la Cour de céans par courrier du 4 juin 2015 que sa patiente faisait l'objet d'investigations pour la recherche d'une maladie du tissu conjonctif, provoquant des hyperlaxités, des œdèmes, ainsi que des douleurs diffuses. Ce syndrome était rare et difficile à mettre en évidence de manière formelle.

Le 10 novembre 2016, la Dre L._____ a transmis un rapport du 1^{er} avril 2016 du Dr S._____, spécialiste en néphrologie au G._____, posant notamment le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile probable. Le Dr S._____ relevait que la patiente présentait des manifestations articulaires et extra-articulaires compatibles avec ce diagnostic, avec une probable transmission intrafamiliale. Il proposait d'effectuer un bilan ergothérapeutique auprès du Dr F._____, médecin praticien à l'Hôpital orthopédique, afin d'évaluer les limitations de la capacité de travail.

Par détermination du 29 novembre 2016, l'OAI a indiqué qu'il convenait de solliciter un rapport d'évaluation du Dr F._____.

Par arrêt du 19 janvier 2017, la Cour de céans a admis le recours, annulé la décision du 15 décembre 2014 de l'OAI et lui a renvoyé la cause afin qu'il en complète l'instruction. L'OAI devait en particulier solliciter un rapport du Dr F._____, en l'invitant notamment à évaluer la capacité de travail de l'assurée et ses limitations fonctionnelles (AI 15/15 - 25/2017).

b) Faisant suite à cet arrêt, l'OAI a demandé au Dr F._____ d'établir un rapport en ce sens. Ce médecin a posé le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de polyarthralgies dans le cadre d'un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile. Il a également fait état, entre autres, d'un déconditionnement musculaire. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'assurée et s'agissant des limitations fonctionnelles, il a renvoyé au bilan d'évaluation des capacités fonctionnelles devant être mis en œuvre prochainement (cf. rapport du 18 juillet 2017).

Le 19 décembre 2017, le Dr F._____ a transmis le bilan précité, établi le 29 novembre 2017 par P._____, ergothérapeute. Le Dr F._____ a expliqué qu'il en ressortait que l'assurée présentait de nombreuses autolimitations en raison de ses douleurs et qu'il était ainsi difficile d'observer les limitations fonctionnelles et de relever des éléments d'exigibilité. Dans son bilan, P._____ indiquait que l'évaluation comportementale standardisée permettait de conclure à une amplification importante des symptômes. Les capacités physiques enregistrées étaient peu fiables. Les aptitudes enregistrées correspondaient aux efforts que l'assurée avait accepté de fournir plutôt qu'à ses aptitudes fonctionnelles maximales. L'évaluation ne permettait pas de déterminer les facteurs responsables de l'autolimitation.

L'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire. Le mandat a été attribué par le biais de la plateforme électronique SuisseMED@P à l'[...] de la N._____ (ci-après : la N._____). L'assurée a

été examinée par les Drs U._____, spécialiste en médecine interne générale, B._____, rhumatologue, K._____, neurologue, et R._____, psychiatre. Dans un rapport du 13 novembre 2018, synthétisant l'ensemble des constatations des experts, les diagnostics de syndrome d'hypermobilité articulaire, de somatisation, et de probable migraine sans aura ont été retenus. La capacité de travail de l'assurée dans les activités de monitrice de fitness et d'auxiliaire éducatrice était nulle depuis 2016, date de la mise en évidence d'une hyperlaxité ligamentaire bénigne. Dans une activité adaptée, cette capacité demeurerait entière depuis cette date. La pathologie psychiatrique n'avait aucune influence sur la capacité de travail. En annexe, étaient joints un rapport du 27 septembre 2018 du Dr R._____, un rapport du 16 octobre 2018 du Dr B._____ et un rapport du 1^{er} novembre 2018 du Dr K._____.

Le 26 novembre 2018, l'assurée a transmis un rapport établi le 18 octobre 2018 par le Dr O._____, ophtalmologue, à la suite d'une consultation du même jour en raison d'une gêne oculaire avec photosensibilité. Le Dr O._____ expliquait que l'examen ophtalmologique était dans les normes. L'assurée a encore annexé un rapport du 12 septembre 2017 du Dr H._____, pneumologue, posant les diagnostics de probable syndrome d'hyperventilation, de possible hyperréactivité bronchique, de syndrome d'Ehlers-Danlos et de thalassémie mineure. Les fonctions pulmonaires et le cliché thoracique étant normaux, le Dr H._____ ne préconisait pas d'investigations radiologiques supplémentaires. Enfin, l'assurée a joint des résultats d'analyses du 1^{er} octobre 2018 et plusieurs photographies de son corps.

Par avis médical du 19 décembre 2018, le Dr E._____, médecin au SMR, a relevé que l'expertise de la N._____ était concluante et qu'il n'y avait aucune raison de s'écarter des conclusions des experts.

Par projet de décision du 20 février 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui refuser l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité. Il a retenu qu'elle présentait une incapacité totale de travail dans ses activités habituelles depuis 2016,

mais que l'exercice d'une activité adaptée était raisonnablement exigible. Etant donné qu'elle n'avait plus exercé d'emploi depuis des années, l'OAI s'est référé aux données salariales de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), pour fixer le revenu sans invalidité à 54'799 fr. 45 à 100 % en 2017. L'OAI a appliqué à ce montant un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assurée, et a ainsi abouti à un revenu avec invalidité de 49'319 fr. 51. Il ressortait de la comparaison de ces revenus un degré d'invalidité de 10 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à des « mesures professionnelles ».

Par communication du 20 février 2019, l'OAI a octroyé à l'assurée une aide au placement.

Par courriers des 18 et 26 mars 2019 adressés à la Cour de céans, l'assurée a contesté le refus de prestations. Elle a critiqué l'appréciation des experts de la N._____, notamment le fait qu'ils avaient refusé de prendre en compte le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos et de mastocytoses. Son état de santé s'était péjoré depuis 2012. Par la suite, l'assurée a transmis un rapport du 11 janvier 2019 du Dr A._____, médecin à la Consultation d'immunologie et d'allergie de la N._____. Il posait les diagnostics d'urticaire spontanée récurrente anamnestique (diagnostic différentiel : urticaire chronique idiopathique versus syndrome d'activation mastocytaire dans le cadre du syndrome d'Ehlers-Danlos), d'épisodes anaphylactoïdes associés à des épisodes d'œdèmes non documentés, de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile et de thalassémie mineure.

Par arrêt du 16 avril 2019, la Cour de céans a déclaré le recours irrecevable et l'a transmis d'office à l'OAI comme objet de sa compétence (AI 120/19 - 112/2019)

Dans l'intervalle, par décision du 1^{er} avril 2019, l'OAI a confirmé le refus de rente et de mesures professionnelles, dans les termes de son projet de décision du 20 février 2019.

C. Par acte du 30 avril 2019, W._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour de céans, en concluant implicitement à sa réforme dans le sens de l'octroi de prestations de l'OAI. En substance, elle a critiqué l'appréciation des experts, lesquels avaient notamment négligé les conséquences du syndrome d'Ehlers-Danlos. Elle a décrit les contraintes auxquelles elle devait faire face dans sa vie quotidienne. Elle a également fait valoir que le Dr S._____ était un spécialiste en génétique et qu'il n'y avait pas lieu de remettre en question son diagnostic. En annexe, la recourante a joint une clé USB comprenant un document relatif au syndrome d'Ehlers-Danlos, ainsi que des photographies d'elle-même, des enregistrements audios et vidéos.

Par décision du 27 juin 2019, la juge instructrice a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 30 avril 2019, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires.

Dans sa réponse du 9 août 2019, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il a relevé que la recourante n'avait fourni aucun élément permettant de revenir sur l'appréciation des experts de la N._____. En particulier, le rapport du 11 janvier 2019 du Dr A._____ n'apportait pas un nouvel éclairage qui l'inciterait à revoir sa position.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles, rente) à la suite de sa nouvelle demande déposée le 20 septembre 2012.

3. a) L'invalidité se définit comme 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 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 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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).

Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation

professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAI, la personne assurée a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

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. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et 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 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si

nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - 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 (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il convient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée ; TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1).

5. Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées).

Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

6. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 20 septembre 2012 par la recourante. Il convient dès lors d'examiner si l'état de santé de l'assurée s'est modifié depuis la décision du 16 mars 2012 dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi de prestations. Il s'agit en effet de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen complet de son droit aux prestations (cf. consid. 3b supra).

a) Par la décision du 16 mars 2012, l'OAI a retenu que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité et a rejeté la demande de prestations.

Dans le cadre de la deuxième demande, l'existence d'un syndrome d'Ehlers-Danlos de type hypermobile a été évoquée. La situation à l'égard de ce diagnostic n'ayant pas été suffisamment investiguée au moment où l'OAI a rendu sa décision du 15 décembre 2014, la Cour de céans a annulé cette décision et lui a renvoyé la cause pour instruction complémentaire. L'OAI a alors confié au Dr F. _____ le soin d'évaluer la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'assurée. Ce médecin ne s'est toutefois pas prononcé sur ces aspects et a renvoyé au bilan d'évaluation des capacités fonctionnelles établi le 29 novembre 2017. Ce dernier relevait une amplification importante des symptômes et un manque de fiabilité des aptitudes physiques enregistrées, lesquelles correspondaient aux efforts que l'assurée avait accepté de fournir plutôt qu'à ses aptitudes fonctionnelles maximales. Ces deux rapports ne permettant pas de statuer sur le droit aux prestations de

l'assurée, l'OAI a à juste titre mis en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire auprès de la N._____.

Sur le plan rhumatologique, les experts ont effectué un examen complet. Ils ont posé le diagnostic d'hypermobilité articulaire bénigne. Ils ont détaillé les raisons pour lesquelles ils avaient écarté celui de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, en expliquant que les critères diagnostiques actuels de ce syndrome étaient insuffisants chez l'assurée pour le retenir. Il n'y avait notamment pas de signe d'atteinte cutanée (hyperélasticité, fragilité cutanée). Les experts rejoignent ainsi l'appréciation des Dres V._____ et Q._____, lesquelles avaient relevé que les arguments cliniques pour un tel diagnostic étaient limités (cf. rapport du 3 octobre 2014). Les experts se déterminent encore sur l'avis du Dr S._____, en indiquant qu'il avait établi le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile en se fondant sur des signes cliniques non spécifiques et non retenus dans les critères diagnostiques internationaux. En outre, le Dr S._____ avait mentionné une analyse génétique à mettre en œuvre, alors qu'il n'existait pas de test génétique pour cette forme de la maladie. Les Dres V._____ et Q._____ avaient pour leur part également précisé qu'il n'y avait aucun test génétique pour confirmer un diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile. Au final, les experts ont constaté que la capacité de travail de l'assurée dans les activités de monitrice de fitness et d'auxiliaire éducatrice était nulle depuis 2016, date de la mise en évidence d'une hyperlaxité ligamentaire bénigne. En revanche, la capacité était totale dans une activité adaptée, soit sans port de charges de plus de 5 à 10 kg, sans mouvement en amplitude maximale des articulations et sans activité dangereuse. Les experts ont ajouté que le syndrome d'Ehlers-Danlos dans sa forme hypermobile, non retenu dans le présent cas, justifiait les mêmes limitations fonctionnelles que l'hypermobilité articulaire bénigne et n'entraînait pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée. La recourante critique l'appréciation des experts et, notamment, le fait qu'ils ont écarté un syndrome d'Ehlers-Danlos dans sa forme hypermobile. Toutefois, leurs explications à ce sujet sont claires et convaincantes. Elles correspondent en outre à celles des Dres V._____ et Q._____. Au demeurant, du point de vue de

l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic, mais l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est pertinent (TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2). En l'occurrence, les experts ont retenu qu'une activité adaptée était raisonnablement exigible, que l'on prenne en compte l'un ou l'autre diagnostic.

Sur le plan neurologique, les experts ont décrit un examen normal, rejoignant ainsi les constatations effectuées en 2011 par le Dr Z._____. Le Dr O._____ avait lui aussi relevé, à cette époque, ne trouver aucun élément clinique ou neuroradiologique pour intervenir sur le plan neurochirurgical. Ainsi, les experts ont expliqué ne pas avoir d'éléments, sur la base des observations cliniques et radiologiques, pour expliquer la symptomatologie douloureuse déplorée par l'assurée, à l'exception des céphalées pouvant être attribuées à une migraine sans aura. Celle-ci était peu fréquente et apparaissait très nettement au second plan des plaintes de l'assurée. Elle n'entraînait aucune limitation dans la capacité de travail.

Sur le plan de la médecine interne, les experts ont relevé une thalassémie mineure, laquelle n'avait aucun retentissement clinique. Par ailleurs, ils ont écarté le diagnostic de mastocytose cutanée, très peu probable dans le contexte de l'urticaire, en ajoutant qu'une mastocytose cutanée ne saurait rendre compte de l'ensemble des plaintes de l'expertisée.

Au plan psychiatrique, l'expert a posé le diagnostic de somatisation. Il a justifié la divergence avec le diagnostic de dysthymie retenu par le Dr M._____ en 2012 et 2013 par une aggravation survenue en 2016. En effet, à cette époque, un des nombreux intervenants médicaux avait évoqué un diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos, ce qui avait fixé l'attention de l'assurée. Elle avait dès lors identifié et organisé la somatisation autour de ce diagnostic. Les plaintes douloureuses intéressaient pratiquement tous les systèmes, notamment locomoteur, digestif, neurologique et pulmonaire. Le trouble avait entraîné un dysfonctionnement social et professionnel. L'expert a en outre précisé

qu'il retenait le diagnostic de somatisation en l'absence de substrat organique pouvant expliquer l'entier des plaintes. Il a ainsi exposé les raisons pour lesquelles il posait un tel diagnostic. Par ailleurs, il a pris en compte les nouveaux indicateurs retenus par la jurisprudence pour évaluer la capacité de travail de l'assurée. Il a notamment analysé sa personnalité, en relevant des traits de personnalité limite. Il a en outre relevé qu'elle disposait de ressources, notamment pour se rendre en bus à ses séances de physiothérapie huit fois par semaine et pour obtenir des prestations en lien avec sa santé. De plus, il n'existait pas d'isolement social, puisqu'elle vivait avec son compagnon et mentionnait des amies proches. Au final, l'expert a indiqué ne trouver aucun élément objectif allant dans le sens d'une incapacité de travail sur le plan psychique. Il a cependant évoqué une possible diminution modérée des capacités d'adaptation aux règles et à la routine, ainsi que des capacités d'évolution au sein d'un groupe.

Le rapport d'expertise de la N. _____, faisant suite à plusieurs examens de la recourante, sur les plans de médecine interne, rhumatologique, neurologique et psychiatrique, a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. Il tient notamment compte de l'appréciation des nombreux médecins s'étant prononcés sur l'état de santé de l'assurée. De plus, l'ensemble des plaintes de cette dernière ont été détaillées et prises en considération. Pour toutes les spécialités, la description du contexte médical est claire. Les experts ont expliqué les différents éléments les ayant amenés à leurs conclusions, lesquelles sont bien motivées et convaincantes. Contrairement à ce que semble soutenir la recourante, les experts ne se sont en aucun cas uniquement fondés sur la situation qui prévalait il y a une dizaine d'années. Ils disposent en outre tous des qualifications nécessaires pour se prononcer sur son état de santé. La lecture de l'expertise ne permet pas de mettre en doute leur impartialité, comme l'évoque à tort l'assurée. En définitive, cette expertise remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, de sorte qu'il y a lieu de se rallier à ses conclusions, notamment concernant l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée.

Les autres rapports médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause ce qui précède. En particulier, on ne peut tirer du rapport du Dr F._____ et du bilan d'évaluation des capacités fonctionnelles d'autres limitations de la capacité de travail que celles retenues par les experts. Par ailleurs, s'ils ne disposaient effectivement pas de l'appréciation du Dr A._____ au moment de rédiger leur rapport, les experts ont toutefois été informés, et ont discuté, d'une urticaire. A l'instar de l'OAI, on doit considérer que ce seul document ne permet pas de s'écarter des conclusions de l'expertise probante de la N._____. Il en va de même des rapports établis le 12 septembre 2017 par le Dr H._____ et le 18 octobre 2018 par le Dr O._____, puisqu'ils constatent des fonctions pulmonaires et un cliché thoracique normaux, respectivement un examen ophtalmologique dans les normes. Enfin, les enregistrements audio et vidéo que l'assurée a transmis à l'appui de son recours ne sont pas propres à remettre en question l'appréciation motivée et concluante des experts médicaux.

b) Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

c) Pour calculer le préjudice économique subi par la recourante, l'OAI a fixé le revenu sans invalidité en se fondant sur les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires publiée par l'Office fédéral de la statistique. Il a justifié ce choix par le fait que la recourante n'avait plus exercé d'activité professionnelle depuis 2009. Pour déterminer le revenu avec invalidité, l'intimé a opéré une déduction de 10 % du revenu sans invalidité, afin de tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assurée. De la comparaison entre ces revenus, il ressort ainsi un taux d'invalidité de 10 %. Les éléments retenus par l'OAI ne prêtent pas flanc à la critique et n'ont d'ailleurs pas été contestés. Ils doivent dès lors être confirmés.

Un taux d'invalidité de 10 % est insuffisant pour fonder le droit à une rente et à un reclassement professionnel (cf. consid. 3a supra).

S'agissant des autres mesures professionnelles entrant en ligne de compte en l'occurrence, on rappellera que la recourante s'est vue octroyer une aide au placement par communication du 20 février 2019. Une telle mesure s'avère parfaitement adéquate pour l'assister dans la recherche d'un emploi adapté à sa situation.

Ainsi, si l'état de santé de la recourante s'est certes péjoré depuis la décision du 16 mars 2012, avec l'apparition de nouvelles atteintes, cette détérioration n'est pas propre à justifier, désormais, l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité en dehors d'une aide au placement.

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que cette dernière est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 1^{er} avril 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.
- IV.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis provisoirement à la charge de l'Etat.
- V.** 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 :

- W. _____
- 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 :