

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 mars 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Bidiville, assesseur
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

W. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI ; art. 87 RAI

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...] 1965, ayant travaillé notamment comme employée de nettoyage et comme gérante d'un magasin de vêtements, a déposé le 12 mars 1997 une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant être en incapacité de travail depuis novembre 1996 en raison de douleurs multiples résistantes aux différents traitements.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a confié une expertise à T._____. A cette occasion, les diagnostics de fibromyalgie, de syndrome douloureux somatoforme persistant et d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique ont été retenus dans un rapport du 25 juin 1998.

L'OAI a également fait réaliser une expertise psychiatrique par le Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a posé les diagnostics d'épisode dépressif majeur chronique léger, de trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques chroniques et de personnalité immature/rigide dans son rapport d'expertise du 21 septembre 1999.

Par décision du 26 mars 2001, l'OAI a refusé d'allouer une rente d'invalidité à l'assurée, au motif qu'elle ne présentait aucune incapacité de gain pour des raisons de santé. Cette décision a été confirmée par jugement du 4 février 2003 du Tribunal des assurances du canton de Vaud (arrêt n° AI 173/01 - 54/2003). Statuant sur le recours interjeté par l'assurée contre ce jugement, le Tribunal fédéral des assurances a rejeté le recours par arrêt du 4 septembre 2003 (arrêt n° I 273/03).

B. L'OAI a procédé à une nouvelle instruction de la situation de l'assurée au vu de nouvelles pièces médicales produites par elle dans la procédure de recours précitée.

Dans un rapport du 3 décembre 2003, le Dr D._____, rhumatologue au S._____, a posé les diagnostics de cervico-brachialgies et de lombalgies non spécifiques chroniques persistantes sur troubles statiques et probablement dégénératifs avec déconditionnement physique. Il a également signalé un état anxio-dépressif. Il ne pouvait pas se prononcer sur les capacités fonctionnelles de l'assurée qu'il n'avait plus revue depuis le 21 janvier 2003.

Dans un rapport du 3 janvier 2005, la Dre J._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation à B._____ a posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique, type fibromyalgie, de cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs et protrusion discale postérieure médiane C6/C7, d'état anxio-dépressif avec somatisation, de déconditionnement physique global et psychologique, et d'hypertrophie thyroïdienne multinodulaire. L'assurée annonçait des douleurs généralisées en insistant sur des cervicalgies et céphalées postérieures, des douleurs diffuses au niveau du bras droit, des dorso-lombalgies, ainsi que des douleurs dans la jambe droite. La symptomatologie était présente de manière constante, diurne et nocturne, et le moindre effort augmentait les douleurs, l'obligeant à se coucher. Elle était réveillée toutes les nuits par les douleurs et elle se sentait extrêmement fatiguée le matin. Comme handicaps fonctionnels, la Dre J._____ a mentionné une impossibilité de rester assis ou debout longtemps, de porter des charges, ainsi que des difficultés de concentration. Le pronostic d'une réinsertion professionnelle était défavorable et l'activité exercée jusqu'à présent n'était plus exigible selon elle pour des raisons psychologiques.

Dans un avis du 22 mars 2005, la Dre M._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a mentionné que les Drs D._____ et J._____ n'apportaient aucun élément objectif d'une aggravation physique, et qu'il y avait une discordance entre les plaintes de l'assurée qui augmentaient, et le status qui restait inchangé. Selon elle, il n'y avait pas non plus d'argument probant en faveur d'une aggravation du trouble psychique de l'assurée.

Par décision du 31 mars 2005, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles, estimant que les rapports médicaux figurant au dossier n'apportaient pas d'éléments objectifs pour une aggravation de l'état de santé tant psychique que somatique.

C. Le 23 mars 2007, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, en faisant état de douleurs, de fatigue, et de tristesse existant depuis 1994.

Dans un rapport du 25 avril 2007, la Dre X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué à l'OAI que l'assurée présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. L'assurée se sentait triste et épuisée en permanence, elle pleurait durant des heures, et ruminait des idées de mort. A ce sentiment de détresse, s'ajoutaient des pertes de mémoire et une impossibilité à se concentrer. La psychiatre traitante a ajouté que les douleurs musculaires et articulaires étaient constantes et que l'assurée souffrait périodiquement de migraines apparues dans l'enfance. Elle décrivait en outre une très forte douleur au niveau du sternum et des côtes antérieures.

Dans un rapport du 29 juin 2007, elle a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de trouble dépressif persistant (F34.9). Elle a précisé qu'elle suivait l'assurée depuis le 1^{er} novembre 2006 et que l'incapacité de travail était de 100 % dans l'activité de nettoyeuse ou de travailleuse non qualifiée. Il ne lui semblait pas possible de pronostiquer une amélioration et une certaine capacité de travail de l'assurée dans le futur.

Dans un avis du 13 novembre 2007, la Dre F._____, médecin auprès du SMR, a mentionné que les plaintes somatiques de l'assurée rapportées dans les rapports de la Dre X._____ étaient retrouvées dans les nombreux rapports médicaux précédents, en particulier dans le rapport d'expertise du 21 septembre 1999 du Dr Z._____, et dans le rapport du 3 décembre 2003 du Dr D._____. Elle a retenu qu'il n'y avait pas non

plus d'éléments objectifs pour une aggravation de l'état de santé sur le plan psychique.

Par décision du 23 juillet 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, estimant qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé physique ou psychique justifiant une incapacité de travail prolongée.

D. Le 21 mars 2019, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité en mentionnant en particulier une fibromyalgie chronique depuis plusieurs années, une dépression, des douleurs partout et une fatigue généralisée. Elle était suivie par la Dre A._____. Elle a signalé qu'elle travaillait comme concierge à 60 % depuis le 1^{er} août 2002.

Dans un rapport du 8 avril 2019 à l'OAI, la Dre A._____, médecin généraliste traitant de l'assurée, a indiqué que sa patiente souffrait d'une aggravation de son état de santé, en précisant qu'elle présentait une fibromyalgie, avec des polyarthralgies (lombosciatalgie droite chronique, syndrome douloureux des péri-hanches bilatéral, gonalgies droites, rhizarthrose droite), des cervico-dorsalgies depuis un accident de voiture en 2018, des apnées du sommeil, et un état d'épuisement accompagné d'un état dépressif avec dégradation de son image corporelle pour lequel elle avait été suivie pendant plusieurs années par la Dre X._____. Elle avait également bénéficié d'une thyroïdectomie totale en janvier 2017 liée à la présence d'un goître multinodulaire bilatéral symptomatique. Le médecin traitant était d'avis que l'assurée n'était plus apte à exercer son activité de femme de ménage en raison de cet état douloureux chronique, de cette fatigue invalidante et de cet état dépressif sans amélioration.

Après consultation du SMR, qui estimait qu'il était difficile de ne pas entrer en matière compte tenu de l'accident annoncé, l'OAI a notamment interpellé l'assurée, qui lui a indiqué, le 27 juin 2019, qu'elle n'avait aucune séquelle des suites de l'accident de voiture, qui s'était

produit environ une année plus tôt, et que les douleurs ressenties étaient déjà présentes avant ce sinistre.

En juin 2019, l'employeur de l'assurée a été invité à décrire le poste de celle-ci (travaux de conciergerie à temps partiel) et à la question de savoir quel travail pourrait faire l'assurée, il a répondu qu'il lui était difficile de le dire car il ne connaissait pas ses problèmes de santé.

Le 10 octobre 2019, la Dre A._____ a établi un rapport à l'attention de l'OAI dans lequel elle a confirmé les diagnostics posés dans son précédent rapport, en faisant en outre état d'un névrome de Morton du pied droit. Elle a indiqué que la capacité de travail était de 60 % depuis plusieurs années dans l'activité habituelle, en précisant que l'assurée travaillait dans la conciergerie depuis dix-huit ans à un taux de 60 % - 70 %. Comme limitations fonctionnelles, elle a indiqué que l'assurée était douloureuse dans tous ses mouvements.

Dans un avis du 18 décembre 2019, la Dre P._____, médecin auprès du SMR, a mentionné que la nouvelle demande de l'assurée avait fait l'objet d'une entrée en matière car un accident avait été signalé ainsi qu'une intervention sur la thyroïde, événements pour lesquels l'OAI n'avait pas d'information. Après interpellation du médecin traitant, il s'avérait que la situation était stationnaire depuis 2000.

Dans un projet de décision du 23 décembre 2019, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il envisageait de lui refuser le droit à une rente d'invalidité au motif que son état de santé était inchangé depuis la dernière décision de refus de prestations du 23 juillet 2008.

Dans un courrier daté du 14 janvier 2020, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision, en faisant valoir en substance que son état de santé s'était dégradé avec les années, que la prise de médicaments avait augmenté depuis sa dernière demande, et qu'elle n'était pas en mesure de travailler à 100 %. A l'appui de son opposition, elle a produit divers documents, dont un rapport du 20 janvier 2020 de la

Dre A._____ mentionnant que l'assurée souffrait d'une aggravation de son état de santé, en reprenant les diagnostics posés précédemment et en ajoutant que les apnées du sommeil sévères étaient traitées par CPAP. Elle a précisé que l'assurée avait bénéficié d'un bypass gastrique par laparoscopie avec résection gastrique totale le 30 septembre 2019. Elle a aussi signalé la présence de troubles mnésiques importants et d'insomnies récidivantes rebelles. L'assurée avait fait différents examens radiologiques cervicale, lombo-sacrée et du pied droit dont les résultats étaient joints à son rapport.

Dans un avis du 26 mars 2020, la Dre P._____ a relevé que le rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) lombo-sacrée du 12 septembre 2019 objectivait des lésions dégénératives et arthrosiques au niveau du rachis lombaire et des sacro-iliaques décrites comme modérées, qui étaient compatibles avec l'âge de l'assurée. L'IRM de la cheville et du pied droit du 2 septembre 2019 objectivait des modifications dégénératives au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil droit, un névrome de Morton (infiltré en 2016), et une possible ténosynovite de l'os spongieux, qui étaient à mettre en relation avec la clinique. A part cela, le dernier rapport de la Dre A._____ n'amenait pas davantage d'éléments nouveaux et objectifs, et ne contenait en particulier aucune description des limitations fonctionnelles somatiques.

Sur questions complémentaires de l'OAI, la Dre A._____ a indiqué, le 14 août 2020, que l'évolution était stable, avec toujours les mêmes douleurs cervicales, lombaires et des épaules. Elle a ajouté que la capacité de travail était alors de 30 % aussi bien dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la courante, qui étaient une limitation de la mobilisation, des enraidissements surtout matinaux, et des difficultés à faire n'importe quel petit effort.

Dans un avis du 10 novembre 2020, la Dre P._____ du SMR a maintenu ses conclusions du 19 décembre 2019, en relevant que la plainte essentielle consistait en la persistance de douleurs présentes

depuis des années, sans description clinique, ni limitations fonctionnelles objectives.

Par décision du 17 novembre 2020, l'OAI a nié à l'assurée le droit à une rente d'invalidité, estimant qu'aucune aggravation de son état de santé n'était rendue crédible.

E. Par acte du 15 décembre 2020, W._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant implicitement à son annulation. Elle a fait valoir en substance que les rapports médicaux de la Dre A._____ confirmaient que son état de santé s'était dégradé et continuait à se dégrader avec le temps, et qu'elle n'était plus en mesure d'exercer son métier de femme de ménage. Elle s'est aussi référée aux examens d'imagerie, qui révélaient des atteintes au niveau du dos, des cervicales, du pied droit et de l'épaule droite. Elle a produit un lot de pièces contenant en particulier un rapport d'IRM cervicale du 12 septembre 2019 et un rapport d'IRM de l'épaule droite du 13 mars 2020.

Dans sa réponse du 18 février 2021, l'intimé a proposé le rejet du recours.

La recourante n'a pas déposé de réplique.

Invité par la juge instructrice à se déterminer sur les rapports d'IRM cervicale et de l'épaule droite produits par la recourante au stade du recours, l'intimé a maintenu sa position le 13 décembre 2020, en se référant à un avis complémentaire du 10 décembre 2020 de la Dre P._____ du SMR qu'elle a joint à son écriture.

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 dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations déposée le 21 mars 2019.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation

raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

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 exigible 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).

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). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à 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 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

En ce qui concerne l'évaluation médicale effectuée par un SMR au sens de l'art. 59 al. 2 bis LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, qui est établie sans que le médecin n'examine l'assuré, elle ne contient aucune observation clinique. Un tel avis a ainsi seulement pour fonction

d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt 8C_756/2008 du 4 juin 2009 consid. 4.4 in SVR 2009 IV n° 50 p. 153). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; TF 9C_25/2015 du 1^{er} mai 2015 consid. 4.2).

4. La recourante fait valoir que son état de santé s'est aggravé depuis la dernière décision de refus de prestations rendue le 23 juillet 2008 par l'intimé.

A l'appui de sa précédente demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée en mars 2007, la recourante avait mentionné des douleurs, une fatigue et de la tristesse. A l'époque, elle était suivie par une psychiatre, la Dre X._____, qui avait retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, et de trouble dépressif persistant, épisode moyen. La recourante présentait en particulier des douleurs musculaires et articulaires constantes, elle se sentait triste et épuisée en permanence, se sentait anéantie si quelque chose allait de travers, et avait des problèmes de mémoire et de concentration.

En mars 2019, la recourante a déposé une nouvelle demande auprès de l'intimé en mentionnant une fibromyalgie chronique depuis plusieurs années, une dépression, des douleurs partout et une fatigue généralisée. Même si le médecin généraliste, la Dre A._____, évoque une aggravation de l'état de santé de la recourante, les rapports médicaux qu'elle a établis ne permettent pas d'objectiver une aggravation de l'état de la santé de la recourante qui lui ouvrirait le droit à des prestations de

l'assurance-invalidité. Les principaux troubles mentionnés par la Dre A. _____ existaient déjà lors du précédent refus de prestations. Il en va ainsi tout particulièrement de la fibromyalgie et des polyarthralgies. Le médecin généraliste évoque aussi des cervico-dorsalgies depuis un accident de voiture en 2018. Or la recourante a déclaré qu'elle n'avait pas de séquelles de l'accident et que ses douleurs étaient antérieures à cet événement, ce qui est corroboré par les autres pièces du dossier, notamment le rapport du Dr D. _____ évoquant la présence de cervico-brachialgies et de lombalgies déjà en décembre 2003. La Dre A. _____ signale aussi un état d'épuisement accompagné d'un état dépressif. La recourante est suivie depuis de nombreuses années pour cet état dépressif sans que les rapports de la Dre A. _____ ne permettent d'objectiver une péjoration de ce trouble. Dans son rapport du 8 avril 2019, ce médecin mentionne que cet état dépressif est « sans amélioration », ce qui ne signifie pas qu'il se soit aggravé. La Dre A. _____ pose de nouveaux diagnostics qui n'ont pas été évoqués lors de l'instruction de la précédente demande de prestations, à savoir un névrome de Morton du pied droit et des apnées du sommeil traitées par appareillage, et elle signale en outre que la recourante a bénéficié d'une thyroïdectomie totale en janvier 2017 et d'un bypass gastrique en septembre 2019. Elle ne fournit toutefois aucune indication sur les éventuelles incidences de ces troubles sur les limitations fonctionnelles ou la capacité de travail de la recourante. Concernant les nouvelles imageries par résonance magnétique produites par la Dre A. _____ et la recourante, il ressort des rapports du médecin du SMR que ces examens montrent un état normal au vu de l'âge de la recourante. La Dre P. _____ a en particulier relevé que le rapport d'IRM lombo-sacrée de septembre 2019 objectivait des lésions dégénératives et arthrosiques au niveau du rachis lombaire et des sacro-iliaques décrites comme modérées, qui étaient compatibles avec l'âge de l'assurée. Par ailleurs, les observations issues du rapport d'IRM cervicale du 12 septembre 2019 étaient superposables aux constatations faites lors de l'IRM de la colonne cervicale et du cou du 23 décembre 2004 mentionnées dans le rapport de la Dre J. _____ du 3 janvier 2005. Concernant l'épaule droite, la Dre P. _____ a relevé que les constats du rapport de l'IRM du 13 mars 2020

étaient très rassurants et permettaient d'éliminer une atteinte conséquente de la coiffe des rotateurs, ceci d'autant plus pour une assurée de 56 ans chez qui des troubles dégénératifs étaient normalement attendus en lien avec l'âge (rapport de la Dre P. _____ du 10 décembre 2021).

S'agissant ensuite des limitations fonctionnelles, la Dre A. _____ a dans un premier temps signalé que la recourante n'était plus apte à exercer son activité de femme de ménage en raison de « cet état douloureux chronique, de cette fatigue invalidante, de cet état dépressif sans amélioration » (cf. son rapport du 8 avril 2019). Sur interpellation de l'intimé, elle a indiqué, comme limitations fonctionnelles, que la recourante était « douloureuse dans tous ses mouvements » (cf. son rapport du 10 octobre 2019), puis une limitation de la mobilisation, un enraidissement surtout matinal, et des difficultés à faire n'importe quel petit effort (cf. son rapport du 14 août 2020). La Dre A. _____ se limite manifestement à reprendre les plaintes de sa patiente sans procéder à un examen sérieux des limitations fonctionnelles de la recourante. On ne trouve dans aucun de ses rapports les constatations médicales objectives qu'elle aurait faites à l'occasion d'un examen clinique de la recourante. Par ailleurs, les éléments avancés par le médecin généraliste ont été pris en compte lors de la précédente demande de prestations, puisque la recourante se plaignait déjà à l'époque des limitations et difficultés dont elle se prévaut dans le cadre de la nouvelle demande. L'appréciation de la capacité de travail faite par le médecin généraliste ne convainc pas non plus en raison des contradictions dans ses rapports médicaux. Alors qu'elle écrivait en avril 2019 que la recourante n'était plus apte à exercer son activité de femme de ménage, elle indique en octobre 2019 que la capacité de travail est de 60 % depuis plusieurs années. Par la suite, dans son rapport du 14 août 2020, elle retient une capacité de travail plus réduite de seulement 30 %, tout en mentionnant que la situation est stable depuis son dernier rapport d'octobre 2019.

On relève encore que la Dre A. _____ est la seule médecin traitant que la recourante a indiqué dans sa demande de prestations. Elle

ne fait l'objet d'aucun suivi par un médecin spécialiste. L'OAI pouvait donc se fonder sur les seuls rapports médicaux de la généraliste et les imageries produites pour évaluer l'existence d'une aggravation. Or la médecin traitant ne fait pas état de limitations fonctionnelles nouvelles.

En définitive, rien au dossier ne rend plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la précédente décision du 23 juillet 2008. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a rejeté la nouvelle demande de prestations de la recourante.

5. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

**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 17 novembre 2020 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 mis à la charge de W._____.
- 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 :

- W. _____,
- 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 :