

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 octobre 2021

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Pasche, juge, et M. Bosson, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

Z. _____, à [...], recourante, représentée par Me Flore Primault, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 87 al. 2 - 3 RAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], divorcée, sans enfants et vivant en couple, est titulaire d'un certificat de capacité (CFC) d'employée de commerce obtenu le [...]. Elle a travaillé comme secrétaire-comptable avant de déposer, le 30 juin 2003, une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente, en raison d'un état dépressif aigu.

Par décision du 2 mars 2006, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a rejeté cette demande de prestations, motif pris de l'absence de maladie psychiatrique invalidante au sens de l'assurance-invalidité, et de la reprise par l'assurée de son activité professionnelle à plein temps. Cette décision n'a pas été contestée.

B. Le 9 février 2012, l'assurée a déposé une seconde demande de prestations, tendant à l'octroi de mesures professionnelles et/ou d'une rente, en faisant état de burn-out.

Par décision du 22 mai 2012, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, au motif que l'assurée n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé. Cette décision n'a pas été contestée.

C. Ayant exercé la profession de directrice en administration, finances et ressources à plein temps d'août 2013 à mars 2015, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations le 9 septembre 2014 en raison de son état de santé défailant depuis le 21 février 2014.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie et psychiatrie) de l'assurée au P._____ (P._____) de [...]. Dans leur rapport du 24 janvier 2018, les experts du P._____ ont diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, un syndrome de

fatigue chronique depuis 2014, une fibromyalgie depuis 2015, une privation de relation affective durant l'enfance (Z61.5), une agression sexuelle par la force physique (Y05), un trouble du rythme veille-sommeil non organique (F51.2), des troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2) ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Ils ont retenu une capacité de travail nulle de l'expertisée du 21 février 2014 au 21 février 2016 en lien avec le diagnostic de trouble du rythme veille-sommeil non organique (F51.2), avec à nouveau un rendement complet et sans limitation fonctionnelle depuis lors. En page 17 de leur rapport, les experts ont noté des restrictions dans l'accomplissement de certains travaux ménagers par l'assurée (besoin d'aide de la famille et de la femme de ménage engagée deux heures par semaine, ainsi que du concubin). A la page 26 de leur rapport, indiquant que le tableau clinique de l'assurée était compatible avec un diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2), les experts du P. _____ ont examiné et exclu la possibilité d'une symptomatologie dépressive malgré la présence de quelques crises de paniques typiques en 2002, sur quelques mois.

Le 9 février 2018, après avoir requis le point de vue du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) validant les constatations et conclusions du rapport d'expertise précité (rapport SMR du 6 février 2018 du Dr K. _____), l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui octroyer le droit à une rente entière d'invalidité, du 1^{er} mars 2015 au 30 avril 2016.

Dans le cadre des objections de l'assurée sur ce préavis, l'OAI a reçu les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 8 mars 2016 de la Dre A. _____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, posant les diagnostics de fibromyalgie, de réaction mixte anxieuse et dépressive ainsi que de troubles du sommeil d'origine multifactorielle, sans autre proposition thérapeutique à formuler excepté la pratique de la gymnastique et du tai-chi. Cette médecin avait noté en particulier des parésies chez l'assurée qui

pouvaient être en rapport avec le trouble douloureux ou un tunnel carpien, avec la suggestion d'un bilan neurologique ;

- un rapport du 14 mars 2018 du Dr E._____, spécialiste en médecine interne, médecin traitant, informant en particulier que les atteintes à la santé de l'assurée, confirmées par la Dre A._____, se traduisaient par la persistance de divers symptômes en lien avec les diagnostics posés. De plus, l'intéressée était toujours suivie par le Dr I._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et dont l'avis pouvait s'avérer être pertinent ;

- un rapport du 26 mars 2018 du Dr I._____, suivant l'assurée depuis le 27 septembre 2016. Posant les diagnostics susceptibles de se répercuter sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F31.11) et de trouble du rythme veille-sommeil non organique (F51.2) – ainsi que les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de difficultés liées à des possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne étrangère à son entourage immédiat (Z61.5) et de privation de relation affective pendant l'enfance (Z61.0) –, ce psychiatre faisait état d'une certaine fragilité au stress provoquant des troubles de concentration et du sommeil ainsi qu'une fatigabilité s'exprimant sous forme d'angoisses parfois difficiles à gérer, entraînant une baisse de la performance et une augmentation de la probabilité de faire des erreurs dans le travail. La capacité de travail de l'assurée s'élevait à 70 % depuis le mois de mai 2017, moyennant « un grand effort » ainsi qu'un investissement de « 100% de ces forces » de sa part.

Après avoir requis le point de vue du SMR sur les dernières pièces médicales au dossier (avis « Audition » du 8 mai 2018 du Dr K._____), l'OAI a, par décision du 8 juin 2018, octroyé à l'assurée une rente entière du 1^{er} mars 2015 au 30 avril 2016, sur la base d'un degré d'invalidité de 100 %. Ses constatations étaient les suivantes :

“Vous exercez l'activité de directrice administration, finances et ressources humaines à 100%.

Pour des raisons de santé, vous avez présenté une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis le 21 février 2014. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20].

A l'échéance du délai en question, soit le 21 février 2015, nous constatons que votre incapacité de travail est totale dans toute activité.

Votre degré d'invalidité est donc, à ce moment, de 100% ce qui donne droit à une rente entière.

Dans votre situation, le droit à la rente ne peut prendre naissance qu'à partir du 1^{er} mars 2015, soit à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle vous avez fait valoir votre droit aux prestations, conformément à l'article 29, alinéa 1, LAI.

Par la suite, force est de constater que vous ne présentez plus d'atteinte incapacitante au sens de la Loi sur l'Assurance-Invalidité depuis le mois de février 2016.

Votre capacité de travail est donc totale dans toute activité à compter de cette date.

Vous ne présentez dès lors plus de préjudice économique et conformément à l'article 88a RAI [règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201] annexé, le droit à la prestation doit être supprimé trois mois après la date à laquelle vous avez recouvré une pleine capacité de travail, soit dès le 1^{er} mai 2016."

Cette décision n'a pas été contestée.

D. Le 15 octobre 2019, Z. _____ a informé l'OAI qu'à la suite de la décision de mai (recte : juin) 2018, elle avait repris une activité lucrative à 50 %, puis à 70 % pour des motifs financiers malgré la pénibilité ressentie. Elle a également fait part d'une aggravation de son état de santé « passablement dégradé » depuis le mois de mai 2019 ; après un arrêt de travail total durant quinze jours, elle n'œuvrait plus qu'à mi-temps depuis juin 2019 compte tenu de la persistance d'un taux d'incapacité de travail de 50 %. Demandant un réexamen de son cas, elle indiquait que, malgré la diminution de son taux d'activité, son état ne s'améliorait pas et qu'une reprise à plus de 50 % était impossible. Elle a produit les pièces médicales suivantes :

- des certificats médicaux des 17 mai et 12 juin 2019 du Dr E. _____ attestant d'incapacités de travail à 100 %, du 1^{er} mai au 2 juin 2019, puis à 50 % depuis le 3 juin 2019 et pour une durée indéterminée ;

- des certificats médicaux des 18 juillet, 2 septembre et 8 octobre 2019 signés par le Dr I. _____, certifiant d'une incapacité de travailler de 50 % pour la période courant du 1^{er} juillet au 31 octobre 2019, ainsi qu'un rapport du 10 octobre 2019 adressé au médecin-conseil de l'OAI par ce psychiatre dont on extrait ce qui suit :

“Depuis le 15 mai 2019 la patiente a présenté une aggravation de son état de santé en raison de problèmes au niveau de son genou droit et des douleurs généralisées dues à la fibromyalgie. Cette péjoration de santé physique a eu une importante répercussion sur la sphère psychique, avec notamment la réapp[ar]ition d'angoisses massives, d'une importante baisse de son humeur et de ses capacités à travailler.

Cette crise a nécessité un arrêt de travail de 100% durant deux semaines jusqu'au 1^{er} juin et depuis 50% (sur un taux de 100%), incapacité qui reste inchangeable à l'heure actuelle.

Il faudrait relever en premier lieu que malgré la décision qui avait été prise considérant que Mme Z. _____ [était] apte à travailler à 100%, elle n'a plus jamais réussi à atteindre ce taux d'activité pour des raisons de santé largement expliquées dans des rapport[s] précédents. Elle travaille à temps partiel depuis janvier 2017, tout d'abord à 50%. Ses revenus étant insuffisants pour répondre à ses besoins, elle a dû changer d'emploi et, de fait, augmenter son taux d'activité à 70% en mai 2017. Il faudrait souligner que ce taux de travail de 70% demande d'elle un important effort et que ce rythme soutenu lui est très difficil[e] à maintenir.

Pour information, le suivi psychothérapeutique se poursuit à une fréquence de toutes les 3 semaines et s'adapte selon ses besoins.

Les diagnostics avec une répercussion sur la capacité de travail d'un point de vue psychologique sont :

- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F31.11)
- Trouble du rythme veille-sommeil non organique (F51.2)

Je vous prie de tenir compte de ces nouvelles informations pour envisager la réouverture du dossier médical pour une nouvelle instruction.”

Dans un rapport du 12 décembre 2019 à l'OAI, confirmant les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel

moyen avec syndrome somatique (F31.11) depuis le printemps 2019 pour l'épisode actuel, et de trouble du rythme veille-sommeil non organique (F51.2) depuis de nombreuses années, en ajoutant les diagnostics, sans incidence sur la capacité de travail, de difficultés liées à des possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne étrangère à son entourage immédiat (Z61.6) et de privation de relation affective pendant l'enfance (Z61.0), le Dr I. _____ a estimé la capacité de travail de l'assurée nulle du 15 mai au 1^{er} juin 2019, puis à 50 % depuis le 2 juin 2019, dans son activité usuelle de directrice adjointe dans un centre d'accueil dédié à la santé, l'hygiène et la réinsertion des personnes vulnérables. Il proposait la poursuite de la prise en charge, à savoir des consultations toutes les deux à trois semaines (adaptées selon les besoins), avec la prise d'Efexor® (venlafaxine) 37.5 mg (1 cpr. matin et soir). Le Dr I. _____ a confirmé l'aggravation de l'état de santé depuis le 15 mai 2019 en raison de problèmes au niveau du genou droit de l'assurée et des douleurs généralisées dues à la fibromyalgie, avec une importante répercussion sur la sphère psychique (à savoir, l'apparition d'angoisses massives, d'une importante baisse d'humeur et de la capacité de travail). La situation actuelle de l'assurée était décrite en ces termes :

"2.2

Situation et symptômes médicaux actuels

La patiente rapporte une fatigue depuis le réveil en raison de ses troubles du sommeil et des douleurs qui la réveillent souvent au milieu de la nuit. Elle ressent une fatigabilité qui s'installe au cours de la journée. Elle rapporte un manque de motivation et du plaisir. Elle doit faire, selon ses dires, un effort énorme pour la réalisation des activités quotidiennes. Elle se sent triste et découragée à cause de ce qu'elle vit. Elle n'arrive pas à se projeter sur son avenir à court ni moyen terme. Elle se dit très vulnérable au stress."

A côté de capacités de concentration/attention, mnésiques et d'adaptation au changement réduites, les limitations fonctionnelles de l'assurée étaient des difficultés d'autonomie dans les autres activités de la vie quotidiennes (à cause de ses douleurs) ; des difficultés dans les déplacements (impossibilité de faire des longs trajets qui la fatiguent et exacerbent ces douleurs) ; des difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne (le trouble du sommeil déjà décrit) ; une hypersensibilité au stress (vulnérabilité au stress) ; une apparition périodique de phases de

décompensation (souvent, toujours en lien avec ses douleurs chroniques) ; des autres troubles fonctionnels non mentionnés (impossibilité de maintenir une même position pendant plus de 5-10 minutes en raison de ses douleurs qui sont tout le temps présentes).

De l'avis du Dr I._____, des activités exigeant une grande autonomie, de l'endurance, de la précision, impliquant du stress, de la rapidité, une adaptation permanente ainsi que des tâches complexes n'étaient plus accessibles à l'assurée. Le psychiatre traitant indiquait par ailleurs que l'intéressée n'était plus en mesure d'assumer certaines tâches ménagères. En annexe à son envoi, le Dr I._____ a joint :

- un rapport du 30 août 2019 adressé au Dr E._____ par la Dre C._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, qui, après avoir examiné l'assurée les 9 juillet et 21 août 2019, a posé les diagnostics de fibromyalgie, de trouble dépressif et anxieux, de troubles du sommeil persistants, d'origine multifactorielle, de rhinite allergique avec allergie aux poils d'animaux, et d'allergie au Bactrim et au venin d'hyménoptères. Elle a décrit le status suivant :

"Status rhumatologique :

Rachis : légère scoliose de convexité lombaire G. DMS 0-17 cm. DDS : 13 cm. Schober 10-13,5 cm et Schober modifié 7 cm. Douleurs à la palpation cervicale diffuse, médiane et latéro-cervicale bilatérale. Rotation 75° à D et 70° à G. Importante tendomyose de la musculature scapulaire. Douleurs à la palpation dorso-lombaire diffuses. Tendomyose para-rachidienne bilatérale ainsi que fessière bilatérale. Zone de cellulalgie assez diffuse au niveau dorso-lombaire, Inclinaison lombaire limitée d'un tiers, sinon sp.

Examens des membres supérieurs : les épaules sont libres. Douleurs à la palpation rétro-trochantérienne ddc ainsi qu'à la palpation de la musculature de cuisse ddc. Les genoux ont une flexion de 130° avec une DTF de 14 cm à D et 16 cm à G. Il n'y a pas d'épanchement articulaire. Chevilles libres. Hallux rigidus avec hallux valgus ddc. Podoscopie : la voûte plantaire est sp.

Douleurs à la palpation de tous les points de la fibromyalgie."

La Dre C._____ a apprécié l'état de santé ainsi que la capacité de travail de l'assurée comme suit :

“APPRECIATION :

Mme Z. _____ souffre de douleurs musculo-squelettiques diffuses, avec des douleurs rachidiennes, des polyarthralgies et des myalgies diffuses, tableau douloureux qui s’accompagne d’un sentiment de fatigue chronique et de trouble du sommeil. Ce tableau a été mis en rapport avec une fibromyalgie, diagnostic que je confirme à nouveau, et auquel j’ajoute un trouble anxieux et dépressif.

Les douleurs rachidiennes peuvent relever de cette affection, mais également être favorisées par des troubles dégénératifs. Je vous suggère d’étayer le diagnostic en demandant des radiographies de colonne cervicale, dorsale et lombaire de face et de profil.

Elle présente actuellement un tableau de syndrome du tunnel carpien irritatif bilatéral, que je recommande également d’investiguer chez un neurologue.

Mme Z. _____ travaille actuellement à 50% dans un centre de santé pour population en difficulté. La symptomatologie douloureuse s’est exacerbée depuis la reprise du travail. On peut lui reconnaître aujourd’hui une incapacité de 50%, la patiente travaillant à l’évidence au-dessus de ses forces. Elle n’a malheureusement pas recouru contre la décision de l’Office AI à l’époque, raison pour laquelle si elle le souhaite, il faudra déposer une nouvelle demande en insistant sur l’aggravation de la situation. Le médecin-psychiatre devra être invité à produire un document qui atteste également de ces éléments.

Sur le plan thérapeutique, je recommande la reprise d’un traitement de physiothérapie, en ambulatoire, mais aussi en milieu thermal. Je vous propose d’adresser Mme Z. _____ au Dr G. _____, médecin-chef du Centre Thermal de [...]. Des programmes spécifiques de rééducation ont été proposés pour les patients fibromyalgiques. Elle devra également s’encourager à développer une activité régulière de marche, de gymnastique à sec ou en piscine ou de natation.

L’examen du genou G [gauche] ne révélait rien de particulier. En cas de rechutes d’épanchement articulaire, je vous suggère de me la réadresser pour un bilan. Il serait également utile de pouvoir disposer d’un bilan radiographique des deux genoux, de face et de profil, avec des axiales de rotules et des clichés de face en charge.” ;

- un rapport du 31 octobre 2019 à l’intention du Dr E. _____ rédigé par le Dr G. _____, médecin-chef du Centre Thermal de [...]. Au terme de sa consultation du 24 octobre 2019, il a posé les diagnostics de fibromyalgie, de trouble anxio-dépressif et de trouble chronique en confirmant le diagnostic de ses collègues rhumatologues. Il a fait part également de la préparation d’un traitement thérapeutique rééducatif, centré sur les

activités fonctionnelles, comprenant des hydromassages et des exercices doux en piscine chez une assurée qui continuait à rester inactive.

Le 16 décembre 2019, l'OAI a enregistré au dossier, la formule de nouvelle demande (la quatrième) de prestations de l'assurance-invalidité pour adultes (mesures professionnelles/rente) dûment complétée et signée par l'assurée le 12 décembre précédent.

Par avis médical intitulé « 16.12.2019 Demande d'entrée en matière » du 30 juin 2020, la Dre D._____, du SMR, a observé ce qui suit :

“Assurée de 54 ans, de nationalité suisse, divorcée, sans enfants, vivant en couple, CFC d'employée de commerce, activité actuelle de directrice administrative a[d]jointe à 70% depuis 2017, actuellement en IT [incapacité de travail] à 50%.

- Première demande [de] prestations faite en 06.2003 avec un diagnostic d'épisode dépressif moyen réactionnel à un conflit (cf. examen clinique SMR 16.01.06 et rapport SMR du 22.02.06) sans caractère durablement incapacitant au sens de l'AI [assurance-invalidité] et entraînant un refus de prestations (cf. décision AI du 02.03.06).

- Une deuxième demande est déposée en 02.12 dans [un] contexte de burn-out et une décision de non-entrée en matière est prononcée le 22.05.2012.

- Une troisième demande est déposée en 09.2014. Devant un tableau de troubles musculo-squelettiques intriquées avec une problématique anxio-dépressive, une expertise psychiatrique, rhumatologique et de médecine interne est effectuée le 24.01.18 retenant un syndrome de fatigue chronique modéré (cf. expertise médicale GED 24.0[1].18 p.24), un trouble somatoforme douloureux type fibromyalgie, un syndrome algo-dysfonctionnel de l'appareil masticateur (souvent associé à la fibromyalgie) et un trouble anxieux et dépressif mixte (cf. expertise médicale GED 24.01.18 p.25). Ces diagnostics sont considérés comme non incapacitants (p. 29). Les experts ne retiennent pas de LF [limitations fonctionnelles] si ce n'est l'absence de travail de nuit et la CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle] et la CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] sont de 100% depuis le 21.02.16 (cf. expertise médicale GED 24.01.18 p. 28 à 30 et rapport d'examen SMR du 06.02.18). Une contestation avec audition n'aboutit pas à modifier les conclusions sur la CT [capacité de travail] et une rente entière a été octroyée du 01.03.15 au 30.04.16 (cf. décision AI 08.06.18). La CTAH est considérée comme complète à partir du 02.16, amenant à l'arrêt de la rente dès 05.16.

- Une quatrième demande est déposée le 16.12.2019. Selon l'assurée, son état de santé se serait dégradé (majoration des douleurs musculaires) entre 2018 et 2019 l'empêchant de pouvoir

reprendre une CT à 100%. Une IT à 100% du 15.05.19 au 01.06.19 puis à 50% depuis le 02.06.19 est attestée par son psychiatre, le Dr I._____. Dans ses RM [rapports médicaux] du 10.10.19 (GED 16.10.19) et du 12.12.19 (GED 16.12.19), le Dr I._____ évoque une aggravation des angoisses et une baisse de la thymie en lien avec la persistance de douleurs dans le cadre de la fibromyalgie. Il évoque un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique et celui du trouble du rythme veille-sommeil non organique. Ces diagnostics avaient déjà été évoqués dans son RM du 26.03.2018 et pris en compte dans l'évaluation du SMR du 08.05.18. Le status clinique est peu détaillé et repose surtout sur les plaintes rapportées de l'assurée. Le Dr I._____ explique que l'assurée ne peut plus assurer certaines tâches ménagères (ménage avec une entreprise venant chaque quinzaine, repassage fait par un tiers) mais cela était déjà le cas lors de l'expertise de 2018 (cf. expertise médicale GED 24.01.18 p. 17). L'assurée dispose de ressources (pratique la méditation, la cohérence cardiaque et fait un peu de jardin (Cf. RM 16.12.19 p. 4). Il note une CTAH de 50% et une CTAA de 50%, sans argumentation claire sur l'absence d'augmentation de la CT dans une AA. A noter aussi que deux compte-rendus de consultation rhumatologiques sont joints à ce RM. Le dernier compte-rendu, daté de 10.19, relate une consultation avec le Dr G._____, rhumatologue à [...], qui confirme le diagnostic de fibromyalgie et décrit un examen clinique qui est sensiblement identique à celui décrit dans l'expertise médicale du 24.01.18.

Synthèse : nous n'avons pas d'arguments nouveaux quant à la situation médicale de cette assurée. Nous recommandons de ne pas entrer en matière."

Par projet de décision du 6 juillet 2020, l'OAI a signifié à l'assurée son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations.

Malgré les objections formulées par l'assurée, agissant par son avocate, le 7 septembre 2020 à l'encontre de ce préavis - faisant valoir en substance que la nouvelle demande de prestations avait été déposée le 15 octobre 2019, que les nouveaux documents médicaux remis permettaient de retenir une péjoration de son état de santé, et que l'autorité administrative n'avait pas examiné les critères permettant de déterminer le caractère incapacitant ou non du trouble somatoforme douloureux -, l'OAI n'est, par décision du 7 décembre 2020, pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations, au motif que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision du 8 juin 2018. Aux termes d'un courrier d'accompagnement du même jour faisant partie intégrante de sa décision,

l'OAI a pris position sur les arguments invoqués par l'avocate de l'assurée qui n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé de son projet de décision du 6 juillet 2020.

E. Par acte du 15 janvier 2021, Z._____, représentée par Me Flore Primault, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens qu'elle a « droit aux prestations de l'assurance-invalidité, notamment sous la forme d'une rente fixée à dire de justice », subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il statue dans le sens des considérants, l'office intimé étant débouté de toutes autres, plus amples ou contraires conclusions. En substance, elle a reproché à l'OAI de s'être basé sur le point de vue de la Dre D._____ du 30 juin 2020 et ce faisant, d'avoir examiné les documents médicaux qui lui ont été remis dans le cadre du dépôt de la nouvelle demande de prestations de manière « très succincte sans se prononcer sur le fond de ceux-ci, ni de développer quel qu'argument médical que ce soit ». Elle faisait valoir que les rapports « détaillés et circonstanciés » des médecins spécialistes au bénéfice d'un titre FMH dans leur domaine (les Drs I._____, C._____ et G._____) attestaient d'une aggravation de son état de santé en présence de diagnostics ne se recoupant pas avec ceux de l'expertise du P._____, étant d'avis que seule une nouvelle expertise eût permis de décider si elle présentait ou non une péjoration. Sur le fond, renvoyant pour le surplus au contenu de ses observations du 7 septembre 2020, elle déplorait la non-application par l'OAI des critères de la jurisprudence du Tribunal fédéral permettant d'apprécier le caractère invalidant ou non du trouble somatoforme douloureux présenté. A titre de mesure d'instruction, la recourante a requis, « en tant que besoin », la mise en œuvre par le tribunal d'« une nouvelle expertise afin de déterminer le caractère invalidant - et dans quelle mesure - du trouble somatoforme présenté par Madame Z._____ ».

Dans sa réponse du 17 mars 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse, maintenant que la recourante n'a pas rendu plausible une aggravation significative de son

état de santé depuis la décision du 8 juin 2018, et sans que les critiques sur le fond ne s'avèrent pertinentes en l'espèce. Il a également produit son dossier consultable auprès du greffe du tribunal.

Le 10 juin 2021, en réplique, la recourante a persisté dans ses conclusions précédentes. Elle a maintenu que l'OAI avait écarté les rapports « pertinents, dûment documentés et argumentés » émanant de spécialistes FMH reconnus consultés en 2019 et qui ne se recoupaient pas avec les diverses pièces médicales prises en compte lors de la décision de 2018, au profit d'un avis SMR non probant, ceci « en violation crasse de la jurisprudence ». Renvoyant à ses précédentes explications, elle a par ailleurs réitéré sa critique sur l'absence d'analyse des critères des troubles somatoformes douloureux à la lumière des « nouveaux problèmes médicaux » retenus par les Drs I._____, C._____ et G._____. Estimant que son dossier avait été mal instruit par l'office intimé, elle a insisté sur la nécessité de la mise en œuvre préalable d'une expertise bi-ou pluridisciplinaire pour déterminer le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux présenté et son degré, conformément à la jurisprudence en la matière.

Dans sa duplique du 29 juin 2021, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée.

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 compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGA) 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 bien-fondé du refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par la recourante.

3. a) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une 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]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3). Par dernier examen matériel du droit à la rente, il faut entendre la dernière décision entrée en force rendue avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71).

b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc 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 autre investigation par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera

d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

c) Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, 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. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

4. a) Par décision du 7 décembre 2020, l'office intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations (la quatrième) déposée à la fin 2019, au motif que la recourante n'a pas rendu plausible une aggravation notable de son état de santé depuis la décision antérieure du 8 juin 2018.

De son côté, la recourante fait valoir que les documents médicaux produits dans le cadre de sa nouvelle demande attestent une péjoration de son état de santé depuis le mois de mai 2019, cela en raison de nouveaux diagnostics posés par les médecins spécialistes consultés (les Drs I._____, C._____ et G._____) par rapport à ceux retenus en 2018 par les experts du P._____. Elle en déduit, après un arrêt de travail total durant deux semaines au mois de mai 2019, être en incapacité de travail à 50 % depuis juin 2019 et pour une durée indéterminée, ces éléments justifiant, à ses yeux, la reprise de l'instruction. Dans un autre moyen, sur le fond, reprenant les critiques émises à l'appui de ses observations du 7 septembre 2020, elle se plaint de l'absence d'un examen des indicateurs de la jurisprudence fédérale relative au caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux en reprochant à l'OAI de s'être épargné l'examen des critères y relatifs alors que, selon elle,

plusieurs ont été mis en évidence qui permettaient de retenir le caractère invalidant du trouble dans son cas. Elle en déduit la nécessité de la réalisation par le tribunal d'une expertise bi- ou pluridisciplinaire judiciaire pour déterminer le caractère invalidant du trouble présenté et son degré.

b) En l'espèce, il convient de relever en particulier que, compte tenu du bref laps de temps écoulé depuis la décision antérieure (la précédente décision date en l'occurrence de juin 2018 et la nouvelle demande de la fin 2019), on doit être d'autant plus exigeant pour apprécier le caractère plausible des allégations de la recourante (cf. consid. 3b supra).

C'est le lieu de rappeler d'emblée que lorsqu'il n'entre pas en matière sur une nouvelle demande, l'OAI ne se prononce pas sur le fond de l'affaire, mais il se contente d'examiner si l'aggravation alléguée est rendue plausible. Le principe inquisitoire ne s'applique pas dans la procédure de l'art. 87 al. 2 RAI (cf. consid. 3b supra). Cela étant, le reproche fait par la recourante à l'office intimé d'avoir mal instruit son cas en n'examinant pas les critères des troubles somatoformes douloureux à la lumière des « nouveaux problèmes médicaux » retenus par les Drs I._____, C._____ et G._____ n'est pas pertinent en l'occurrence.

Etant rappelé par ailleurs que, dans le cadre d'un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, 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 (cf. consid. 3 c supra), il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la précédente décision entrée en force du 8 juin 2018, et la décision litigieuse du 7 décembre 2020, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité - et donc le droit à la rente - s'est produit. Il faut au contraire se limiter à examiner si la recourante, dans ses démarches auprès de l'OAI jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment

de la décision de refus d'entrer en matière du 7 décembre 2020 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 8 juin 2018.

Les conclusions au fond de la recourante sont irrecevables, le recours en cas de non entrée en matière ne pouvant que tendre au renvoi à l'autorité intimée pour entrer en matière et instruire le cas avant de rendre une décision sur le fond. Aussi, les moyens relevant de l'application des indicateurs développés par la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de troubles somatoformes douloureux ne seront pas examinés.

Il y a lieu d'écarter les griefs de la recourante voulant que l'avis SMR du 30 juin 2020 était exempt de toute motivation médicale, ne faisant qu'énoncer quelques rapports médicaux de manière très succincte sans se prononcer sur le fond de ceux-ci, ni développer quel qu'argument médical que ce soit et que, dès lors, sa valeur probante devait être niée dans la mesure où il ne remplissait pas les critères jurisprudentiels pour ce faire, et ceci contrairement aux trois autres rapports des Drs I._____, C._____ et G._____ que la recourante tient pour pleinement probants sur la base des descriptifs qu'elle en fait en pages 6 et 7 de son mémoire de recours du 15 janvier 2021.

La requête de mise en œuvre d'une expertise bi- ou pluridisciplinaire par le tribunal afin de déterminer le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux présenté telle que formulée par la recourante dans ses écritures s'avère, à ce stade, prématurée, et donc également irrecevable.

c) Dans le cas présent, l'intimé considère que la recourante n'a pas rendu plausible une aggravation de son état, ce qui est contesté par cette dernière.

aa) Par décision du 8 juin 2018, entrée en force, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps pour la période courant du 1^{er} mars 2015 au 30 avril 2016, à savoir trois mois après l'amélioration de l'état de santé constatée. A l'époque, le Dr K._____, du SMR, a fait siennes les constatations et conclusions du

rapport d'expertise pluridisciplinaire P._____ du 24 janvier 2018 qui n'avaient pas été mises en doute dans le cadre la procédure d'audition (rapports SMR des 6 février et 8 mai 2018 du Dr K._____). Au terme de leur évaluation consensuelle du cas, les experts du P._____ n'ont pas posé de diagnostic incapacitant, mais uniquement ceux, sans répercussion sur la capacité de travail, de syndrome de fatigue chronique (depuis 2014), de fibromyalgie (depuis 2015), de privation de relation affective durant l'enfance (Z61.5), d'agression sexuelle par la force physique (Y05), de trouble du rythme veille-sommeil non organique (F51.2), de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2) ainsi que de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Ils ont estimé que la capacité de travail était nulle du 21 février 2014 au 21 février 2016 en raison du diagnostic de trouble du rythme veille-sommeil non organique (F51.2), l'expertisée ayant depuis lors récupéré une capacité de travail de 100 %, sans diminution de rendement, ni limitation fonctionnelle. Au moment d'apprécier la situation, les experts du P._____ ont émis les considérations suivantes (rapport d'expertise pluridisciplinaire [médecine interne, rhumatologie et psychiatrie] du 24 janvier 2018 p. 24) :

"Situation actuelle et conclusions

Depuis le 09.01.2017, il y a un suivi psychiatrique psychothérapeutique à la consultation systémique de [...], Dr. [...], puis depuis 3 mois Dr. I._____ (actuellement 1 séance toutes les 3 semaines ; depuis 4 séances : hypnose).

Depuis début 2017, prescription de Cymbalta 30 mg par jour.

Actuellement, les douleurs sont toujours présentes en permanence. Leur intensité fluctue selon les jours et les activités quotidiennes, allant de 5-6/10 selon l'échelle analogique, mais pouvant atteindre parfois 10/10 après un effort. Elles peuvent parfois réveiller la nuit et, à leur tour, perturber le sommeil. Les sites douloureux restent principalement la colonne cervicale et la ceinture scapulaire, les douleurs sont quelque peu baladeuses et il n'y a plus de paresthésies. L'expertisée peut gérer sa tolérance aux douleurs avec l'ostéopathie. Elle aurait désiré pouvoir encore avoir recours à l'acupuncture mais ne peut se le permettre financièrement.

Actuellement, le sommeil n'est pas toujours réparateur. La fatigue, déjà présente le matin, perdure encore au cours de la matinée pour s'estomper et reprendre en fin de journée. Au retour du travail, l'expertisée doit consacrer un long moment de repos avant de s'atteler à la préparation du repas du soir. Tout effort exige un repos compensateur immédiat d'au moins 20 minutes.

Madame Z. _____ a réussi à reprendre une activité professionnelle, à 50% depuis le 01.02.2017 et 70% depuis le 01.05.2017 dans sa profession initiale. L'horaire de travail est irrégulier, mais il n'y a pas d'heures de nuit. Elle en est satisfaite et peut poursuivre tout en restant persuadée que, pour le moment du moins, elle ne pourrait atteindre le 100%."

bb) A l'appui de sa nouvelle demande, soutenant que son état de santé se serait « passablement dégradé » entre 2018 et 2019, contre-indiquant la reprise d'une activité à un taux supérieur à 50 % en raison de ses douleurs chroniques et sans aucune amélioration à attendre, la recourante produit des rapports des médecins spécialistes consultés dans le courant 2019.

Dans ses rapports des 10 octobre et 12 décembre 2019, le Dr I. _____ fait état d'une aggravation en raison de problèmes au niveau du genou droit de l'assurée et des douleurs généralisées dues à la fibromyalgie, péjoration qui a une importante répercussion sur sa sphère psychique avec l'apparition d'angoisses massives, d'une importante baisse de son humeur et de sa capacité de travail. Il pose les diagnostics « incapacitants » de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F31.11) depuis le printemps 2019 pour l'épisode actuel, et de trouble du rythme veille-sommeil non organique (F51.2) depuis de nombreuses années, en ajoutant ceux qu'il estime être sans incidence sur la capacité de travail de difficultés liées à des possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne étrangère à son entourage immédiat (Z61.6) et de privation de relation affective pendant l'enfance (Z61.0). Dans l'annexe au rapport de décembre 2019, le psychiatre traitant dresse la liste des limitations fonctionnelles dont il faut tenir compte (difficultés d'autonomie dans les autres activités de la vie quotidiennes [à cause de ses douleurs] ; difficultés dans les déplacements [impossibilité de faire des longs trajets qui la fatiguent et exacerbent ces douleurs] ; difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne [le trouble du sommeil déjà décrit] ; hypersensibilité au stress [vulnérabilité au stress] ; apparition périodique de phases de décompensation [souvent, toujours en lien avec ses douleurs chroniques] ; autres troubles fonctionnels non mentionnés [impossibilité de maintenir une même position pendant plus

de 5-10 minutes en raison de ses douleurs qui sont tout le temps présent]), en indiquant des capacités de concentration/attention, mnésiques et d'adaptation au changement réduites ainsi que diverses activités qui ne sont plus envisageables (soit celles exigeant une grande autonomie, de l'endurance, de la précision, impliquant du stress, de la rapidité, une adaptation permanente ainsi que la réalisation de tâches complexes), avec également certains travaux ménagers dont l'accomplissement est compromis.

Pour sa part (rapport du 30 août 2019), la Dre C._____ pose les diagnostics de fibromyalgie, de trouble dépressif et anxieux, de troubles du sommeil persistants, d'origine multifactorielle, de rhinite allergique aux poils d'animaux ainsi que d'allergie au Bactrim et au venin d'hyménoptères. Elle dresse un tableau clinique (douleurs musculo-squelettiques diffuses, avec douleurs rachidiennes, des polyarthralgies et des myalgies diffuses accompagnées d'un sentiment de fatigue chronique et de trouble du sommeil) compatible avec le diagnostic de fibromyalgie qu'elle confirme, et auquel s'ajoute un trouble anxieux et dépressif. Cette rhumatologue suggère également des investigations pour un éventuel tunnel carpien irritatif bilatéral chez un neurologue.

De son côté, le Dr G._____, au terme de sa consultation du 24 octobre 2019, pose les diagnostics de fibromyalgie, de trouble anxio-dépressif et de trouble du sommeil chronique en indiquant l'organisation d'un traitement thérapeutique rééducatif, centré sur les activités fonctionnelles, avec des hydromassages et des exercices doux en piscine (rapport du 31 octobre 2019).

La Dre D._____, du SMR, relève le 30 juin 2020 que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 24 janvier 2018 du P._____ posait les diagnostics de syndrome de fatigue chronique modéré, de trouble somatoforme douloureux type fibromyalgie, de syndrome algodysfonctionnel de l'appareil masticateur et de trouble anxieux et dépressif mixte. Ces diagnostics étaient considérés comme non incapacitants, et les experts ne retenaient pas de limitations fonctionnelles si ce n'était

l'absence de travail de nuit. La médecin du SMR observe que les diagnostics posés par le Dr I._____ ont déjà été évoqués dans son rapport médical du 26 mars 2018 et pris en compte dans l'évaluation du SMR du 8 mai 2018 (cf. avis « Audition » du 8 mai 2018 du Dr K._____). Elle estime que le status clinique est peu détaillé et repose surtout sur les plaintes rapportées de l'assurée et que l'estimation de la capacité de travail résiduelle de 50 % sans augmentation du taux dans une activité adaptée n'est pas clairement étayée par le psychiatre. Quant au rapport de consultation du Dr G._____, confirmant le diagnostic de fibromyalgie, il décrit un examen clinique qui est sensiblement identique à celui figurant dans l'expertise de janvier 2018. Dans ces conditions, la Dre D._____ recommande de ne pas entrer en matière.

Comme on le verra ci-après, l'intimé, qui a repris à son compte l'avis de son médecin-conseil, doit être suivi.

cc) Lorsque le Dr I._____ dit que la patiente « a souffert pendant de longues années de troubles psychiques, plus précisément de troubles de l'humeur, qui ont été considérés comme des épisodes isolés, le premier diagnostiqué en 2002 », et que « le fait de ne pas établir un lien entre ces épisodes n'a pas permis de poser un diagnostic plus précis, notamment celui de trouble dépressif récurrent », il ne fait que poser un nouveau diagnostic à une situation déjà connue. Dans son rapport du 26 mars 2018, il avait posé les diagnostics susceptibles de se répercuter sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F31.11) et de trouble du rythme veille-sommeil non organique (F51.2), ainsi que, sans répercussion sur la capacité de travail, des difficultés liées à des possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne étrangère à son entourage immédiat (Z61.5) et une privation de relation affective pendant l'enfance (Z61.0). Il avait indiqué que « d'un point de vue psychologique il reste une certaine fragilité au stress ce qui provoque des troubles de concentration et du sommeil ainsi qu'une fatigabilité s'exprimant sous forme d'angoisses parfois difficiles à gérer. Ceci entraîne une baisse de sa performance et une augmentation de la probabilité de faire des erreurs dans son travail ».

En 2019, le Dr I. _____ ne fait que confirmer ses diagnostics précédents qui se basent sur des constatations médicales, avec des limitations fonctionnelles, qui ne diffèrent pas de celles déjà retenues dans son rapport de mars 2018 ; ce faisant, il réaffirme son appréciation différente d'une même situation que celle déjà retenue par les experts du P. _____ en janvier 2018 et ne rend pas plausible une aggravation objective. En outre, les restrictions invoquées concernant les tâches ménagères (à savoir, que « Madame Z. _____ n'est plus en mesure d'effectuer le ménage courant à son domicile. Une entreprise de nettoyages intervient chez elle à quinzaine et pour des travaux ponctuels [nettoyage des vitres, par exemple]. La préparation des repas se fait en alternance avec son concubin. Il l'accompagne également pour les achats hebdomadaires pour charger et décharger la voiture. [Elle] continue pour le moment à se charger de la lessive même si souvent elle doit confier le repassage à un tiers ») sont les mêmes que lors de l'expertise du P. _____ (« *Activités ménagères* : elle fait son ménage à son rythme, à l'exception de certaines tâches pour lesquelles elle fait appel à la solidarité familiale ou à la femme de ménage qu'elle engage à raison de 2 heures par semaine. Elle ne passe plus l'aspirateur, ni ne repasse, ni ne récure. Il lui arrive de laver les vitres, elle peut faire la lessive, les courses en compagnie de son ami qui porte le sac de provision. Elle partage avec lui, à part égale, la préparation des repas »). Rien ne montre une évolution (dégradation) de la situation clinique entre son rapport médical de 2018 et ceux de 2019 tant ses constats sont superposables. L'expertise a examiné la possibilité d'une symptomatologie dépressive et l'a écartée au profit des troubles anxieux et dépressifs mixtes. C'est le lieu de rappeler que l'appréciation divergente du Dr I. _____ avait déjà été examinée par le Dr K. _____, du SMR, le 8 mai 2018, lequel avait estimé qu'elle ne permettait pas de rediscuter les conclusions de l'expertise du P. _____. Il n'y a donc rien de nouveau en l'état du dossier.

Quant aux rapports des Drs C. _____ et G. _____, respectivement des 30 août et 31 octobre 2019, on relève que l'examen clinique du Dr G. _____ contient des valeurs comparables à celles

constatées lors de l'expertise. A cet égard, le rapport de consultation du Dr G. _____ contient le descriptif suivant du status :

“Déshabillage debout.

Patiente en bon état général, pesant 74.5 kg pour 164 cm.

Troubles statiques avec enroulement des épaules et abaissement de l'épaule droite, chez une patiente droitrière avec une bascule du bassin à niveau vers la gauche.

Flèches de Forestier : 4-3-0-5-0 avec un fil à plomb au niveau du pli interfessier.

Le déroulement thoraco-lombaire s'effectue avec un index d'Ott de 30-31 cm (normal) et un Schober modifié-modifié perturbé à 14/15/20.5 cm (norme : 12.5/15/22). La distance doigts-sol est à 20 cm (en position assise distance doigts-orteils, DDO, à cm), les inclinaisons latérales droite-gauche sont symétriques à 17/17 cm. Rotation thoracique droite-gauche, en position assise : 40-0-30°.

Au niveau cervical, bonne mobilité en flexion-extension à 0-18 cm, rotation droite-gauche à 70/0/60°, inclinaison latérale à 25-0-20°.

Dans le plan sous-pelvien, il y a des hypoextensibilités, surtout de la chaîne antérieure, moins de la chaîne postérieure, la manœuvre des jambes tendues est à 70° à droite et à gauche, l'angle poplité à 40° à droite et à gauche, la manœuvre de Patrick de 23 cm à droite et 22 cm à gauche (norme < 20 cm), la distance talons-fesses en DV est à 14 cm à droite et à gauche.

L'analyse segmentaire montre une douleur à la palpation lombaire basse de manière diffuse. Sensibilité au niveau de D12-L2 D, sans point réflexe postérieur. Douleurs diffuses au niveau dorsal de manière symétrique.

Au niveau cervico-scapulaire, tensions des scalènes, du trapèze et de l'elevator scapulae (anciennement l'angulaire de l'omoplate), avec des douleurs à la palpation. La mobilisation de C4 à C5 est très sensible.

Le testing des sacro-iliaques ne montre pas de souffrance des articulations, avec un examen normal.

Le status neurologique montre une bonne sensibilité et de bons ROT au niveau des MI. Lors du testing de la force, pas de déficit.

La manœuvre de Lasègue est négative. Le Lasègue controlatéral est négatif. La manœuvre de Léry est négative.

Les tests ULNT I et II sont négatifs.

Test musculaire du rachis :

- Test d'activation du transverse de l'abdomen : montre un retard d'activation.

Articulations périphériques

Epaules :

- Flexion à 180° à droite et à gauche et abduction à 180° à droite comme à gauche, avec des douleurs omothoraciques. Rotation externe coude au corps à 70°. Rotation interne à D8.

- Pas de claire souffrance tendineuse. Tests de Jobe et de Hawkins négatifs.

Le palm-up est négatif

Coudes :

- Flexion-extension : 140-0-5°
- Pro-supination : 90-0-90°
- Palpation épicondyle sensible ddc

Hanches :

- Palpation du grand trochanter très sensible, de même que le TFL
- Bonne mobilité : rotation interne – externe 35-0-30°
- Abduction 30° ddc, sans douleur
- Pas de douleur à la mobilisation faisant suspecter une atteinte coxofémorale.

Genoux :

- Normoaxés
- Mobilité en flexion-extension à 135-0-0° à droite contre 140-0-0° à gauche
- Bonne stabilité tant dans le plan frontal que sagittal
- Rabot négatif ddc
- Pas d'épanchement"

Les experts du P. _____ avaient, pour leur part, notamment fait les constatations suivantes :

"Status ostéo-articulaire

Le rachis est rectiligne dans le plan frontal, les ceintures scapulaires et pelvienne sont horizontales. Les courbures sagittales sont physiologiques, mais le bassin montre une bascule antérieure sur hypotonie abdominale. La mobilité est conservée ; les flexions latérales sont harmonieuses, douloureuses en divergence, dans l'amplitude maximale ; la flexion antérieure est correcte avec un Schrober dorsal de 3 cm et lombaire de 5 cm et une distance doigt-sol de 20 cm. Le redressement s'effectue avec l'aide des mains, indolore. La rotation simultanée de la ceinture scapulaire et du bassin dans le même sens, et la pression verticale sur les épaules et le vertex, n'engendrent pas de douleur. L'extension est indolore. Le rythme lombo-pelvien est limité par une importante rétraction des ischio-jambiers. La pression des apophyses épineuses et des ligaments inter-épineux est douloureuse de C7 à D12 en L5-S1. La musculature para-vertébrale est tendue, douloureuse globalement à la palpation, pas de zone d'irritation segmentaire spécifique.

Dans la ceinture pelvienne, les téguments sont infiltrés, douloureux à la manœuvre du palpé-roulé du tissu cellulo-graisseux sous-cutané. Les crêtes iliaques sont sensibles à la palpation, les trigger points de la fibromyalgie sont tous présents. Les manœuvres des sacro-iliaques sont indolores (trépied, Patrick et Menne) ; les psoas sont indolores à la pression et à la sollicitation.

La colonne cervicale est libre, indolore dans les rotations : flexion/extension (distance mento-sternale : en flexion 3 cm, en extension 20 cm) ; les rotations sont de 60°. Zones d'irritation para

vertébrales en C0-C1, C5-C6. Dans la ceinture scapulaire, la manœuvre du palpé-roulé du tissu cellulo-graisseux sous-cutané est retenue par des téguments infiltrés, et douloureuse. Les musculatures sus- et sous-épineuse, ainsi que celle des trapèzes sont tendues et douloureuses à la palpation. Les trigger points de la fibromyalgie sont présents sur les deux bords internes des omoplates, le bord supérieur des trapèzes, entre les deuxième côtes et le sternum, entre les cinquièmes et sixièmes côtes, et aux poignets (styloïdes radiales). Les articulations temporo-maxillaires sont douloureuses à l'amplitude maximale de l'ouverture de la bouche (distance inter dentaire 4.5 cm). Leur palpation est douloureuse.

Les coxo-fémorales sont libres et indolores ; Flexion 135°, rotation externe de 45°, une rotation interne de 30° des deux côtés, une abduction de 45°. L'abduction contrariée est douloureuse des deux côtés.

Les genoux sont de couleur normale, les axes sont conservés, les ligaments sont continents, pas d'épanchement. L'examen de la mobilité montre une extension à 0° et une distance talon-fesse en flexion de 0 cm des deux côtés. Les rotules sont bien centrées, mobiles, sans rabet. L'accroupissement et l'agenouillement sont bien réalisés ; la station monopodale est symétrique, et le sautellement est possible.

Les chevilles sont symétriques, les tibio-tarsiennes, les sous-astragaliennes et les médio-tarsiennes sont libres, indolores à la sollicitation, l'arc plantaire antérieur n'est pas affaissé. Le talon et le sinus du tarse sont indolores à la pression.

A l'inspection, les épaules sont symétriques. La musculature des bras est symétrique. Les articulations acromio- et sterno-claviculaires ne sont pas tuméfiées, leur palpation est douloureuse. Les mobilités actives ne sont pas limitées (l'élévation antérieure et l'abduction atteignent 180°) ; la rotation externe 45°. La mobilité passive est parfaite avec une abduction d'amplitude, retenue par la douleur. La rotation interne avec une distance pouce-C7 de 20 cm à droite contre 22 cm à gauche. On ne ressent pas d'instabilité. Les tests spécifiques (Jobe, Neer, palm up) ne révèlent aucune douleur ou limitation. La palpation de la région sous-acromio-détoïdienne et du V détoïdien n'est pas douloureuse.

Les coudes sont indolores, en extension à 0° et la distance acromion-styloïde radiale en flexion est de 13 cm. La prosupination, ainsi que la flexion et l'extension des poignets, sont conservées indolores dans la contrariété. La palpation des épicondyles et des épitrochlées n'est pas douloureuse.

Les poignets ont un aspect normal, montrent des amplitudes d'extension/flexion de 45°/0°/45°. La pression sur les styloïdes radiales, est douloureuse. La prosupination est conservée 0°/90°/0°, sa retenue est indolore. Les signes de Tinel et Phalen sont négatifs (tunnel carpien).

Les mains montrent des articulations souples, avec des mobilités complètes (la distance pulpe-paume est de 0 cm). Pas

d'hyperhidration, pas d'hyperkératose. Les bases des pouces sont mobiles et indolores. La trophicité musculaire intrinsèque est conservée. La mobilité des doigts est conservée avec une extension passive qui atteint 15° une distance pulpe-paume de 0 cm. La dorsiflexion passive du pouce ne peut pas toucher l'avant-bras. Le signe du poignet est négatif."

Pour ce qui concerne la Dre C._____, son rapport d'août 2019 comporte quelques variations toutefois minimales qui ne sont pas corroborées par le Dr G._____. Au status rhumatologique, la Dr C._____ rapporte une légère scoliose de convexité lombaire gauche, des douleurs à la palpation cervicale diffuse, médiane et latéro-cervicale bilatérale, une importante tendomyose de la musculature scapulaire, des douleurs à la palpation dorso-lombaire diffuse, une tendomyose par rachidienne bilatérale ainsi que fessière bilatérale, une zone de cellulalgie assez diffuse au niveau dorso-lombaire ainsi qu'une inclinaison limitée d'un tiers, le reste étant sans particularités au niveau du rachis. Les épaules sont libres, il n'y a pas de signe de conflit sous-acromial, les coudes et poignets sont sans particularités, de même que les doigts, le test de Tinel est positif, occasionnant des paresthésies dans les rayons I, II et III des deux côtés, avec un test de Phalen positif également. Il n'y a pas de déficit sensitivo-moteur et une absence d'amyotrophie des membres supérieurs. Les hanches sont libres, il y a des douleurs à la palpation rétro-trochantérienne des deux côtés ainsi qu'à la palpation de la musculature de cuisse des deux côtés. Les genoux ont une flexion de 130° avec une DTF de quatorze centimètres à droite et seize centimètres à gauche. Il n'y a pas d'épanchement articulaire, les chevilles sont libres, un hallux rigidus avec hallux valgus des deux côtés, et à la podoscopie la voûte plantaire est sans particularités. Il est noté des douleurs à la palpation de tous les points de fibromyalgie. Selon l'avis de la Dre C._____, la symptomatologie s'est exacerbée depuis la reprise du travail, soit depuis 2017. Elle ajoute que la recourante n'a malheureusement pas recouru contre la décision de l'assurance-invalidité et qu'il faut donc déposer une nouvelle demande de prestations en insistant sur une aggravation. La médecin n'indique en revanche pas en quoi consisterait l'aggravation. Elle préconise uniquement la reprise d'un traitement de physiothérapie, en ambulatoire, mais aussi en milieu thermal. Lors de son examen clinique

elle a relevé un tableau de syndrome du tunnel carpien irritatif bilatéral, qu'elle recommande d'investiguer chez un neurologue mais il ne ressort pas de son rapport médical que ce syndrome serait définitivement établi, ni qu'il serait incapacitant ; ce point d'interrogation avait du reste été soulevé par la Dre A._____ le 8 mars 2016 lorsqu'elle avait constaté des paresthésies qui pouvaient être mises en lien avec le trouble douloureux ou un tunnel carpien, et était ainsi connu de l'OAI avant la décision précédente. De leur côté, les experts du P._____ ont retenu le trouble douloureux. Le Dr G._____ ne confirme pas ce syndrome que la Dre C._____ ne fait d'ailleurs pas figurer dans les diagnostics. Dans son appréciation du cas, cette dernière dit que le tableau présenté par la recourante est en rapport avec la fibromyalgie qui est confirmée par son confrère le Dr G._____. Dans ces conditions, il n'y a rien de nouveau depuis 2018.

d) Au final, force est de constater que les Drs I._____, C._____ et G._____ ne font mention d'aucun élément objectif nouveau à l'appui de leur analyse respective dans le courant du second semestre 2019. Ce faisant, ils ne rendent pas plausible une péjoration de l'état de santé et ne justifient pas la reprise de l'instruction du dossier par l'intimé. On doit dès lors constater qu'il n'est pas fait état en l'espèce de renseignements médicaux justifiant d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. En refusant la reprise de l'instruction à l'occasion de la quatrième demande de rente et/ou de mesures d'ordre professionnel, la décision attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable.

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

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 partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 7 décembre 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 Z._____.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Flore Primault (pour Z. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :