

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 novembre 2023

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
M. Piguët et Mme Berberat, juges
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

I. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 87 al. 1 et 2 RAI

E n f a i t :

A. Le 26 février 2015, I._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1974, femme au foyer et au bénéfice de l'aide sociale, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Elle invoquait une incapacité totale de travail dès le 1^{er} janvier 2013 en raison de douleurs dorsales, d'une blessure aux mains, d'un "bruit aux deux oreilles", d'une fatigue permanente, d'un manque de fer ainsi que des problématiques psychologiques.

En charge de l'instruction du cas de l'assurée, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimée) a, sur recommandation de son Service médical régional (ci-après : le SMR), reconnu la nécessité de mettre en œuvre une expertise rhumatologique et psychiatrique. Cette dernière a été réalisée par [...], spécialement par les Drs J._____, psychiatre, V._____, rhumatologue et P._____, médecin généraliste. Ces experts, dans leur rapport du 16 novembre 2018, ont retenu les diagnostics suivants :

"

- Obésité exogène.
- Status après diabète gestationnel, normalisé.
- Spondylarthropathie traité par Cimzia et Metoject.
- Epicondylalgie bilatérale.
- Status post-plaie par balle du dos du pied.
- Antécédent (environ en 1993) d'une tentative de suicide grave (selon les dires de l'expertisée, mais cela reste à vérifier, car il s'agit d'une incohérence). "

Concernant la capacité de travail, les experts attestaient d'une incapacité totale à exercer son ancienne activité d'aide-cuisinière et ce en raison des limitations fonctionnelles suivantes : pas d'efforts de soulèvement, port non itératif de charge limitée à 10 kilos, pas d'efforts physiques, pas d'effort de préhension et de pronosupination forcées des mains. Elle conservait en revanche une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Les experts ont indiqué que l'expertisée ne présentait aucune limitation fonctionnelle et conservait toutes ses ressources du point de vue psychique et la majorité de ses ressources sur le plan physique. Elle assumait une charge familiale considérable, tenant le

ménage d'un appartement de 100 m², s'occupant des repas et des tâches ménagères, à part celles nécessitant un port de charge important. L'assurée était encore capable de faire une promenade par jour avec ses amis ou sa fille ou de lire des contes de fées à la plus jeune de ses filles. Si un syndrome de fatigue chronique était décrit par ses médecins, aucun symptôme apparent n'était révélé au status. Les experts se sont également prononcés sur le principe de cohérence, retenant ce qui suit :

"Il existe une certaine exagération des plaintes somatiques. Les symptômes et les pertes de fonctionnalité dont se plaint l'expertisée n'ont aucun lien cohérent et plausible avec un trouble psychiatrique quelconque et ne sont pas en adéquation avec le degré d'importance des réels troubles somatiques.

Ce qui est incohérent c'est que cette expertisée nie toute idéation suicidaire et ne présente pas de symptomatologie dépressive à l'examen, mais qu'au moment où nous avons fait part de notre avis sur l'absence d'une atteinte psychiatrique chez elle (pas d'idéation suicidaire etc.), l'expertisée dit se rappeler avoir fait une tentative de suicide en se donnant un coup de couteau dans l'estomac et avoir été hospitalisée à l'Hôpital de [...] il y a 25 ans en arrière. Elle montre spontanément une cicatrice en tant qu'une preuve de la blessure (la cicatrice est rouge et paraît récente). Elle n'explique pas la raison de sa tentative de suicide « *je l'ai fait juste comme ça, j'étais sûrement malade psychologiquement* ». Il est alors à considérer ces dires comme une potentielle incohérence. L'hospitalisation à cette époque à Morges n'est pas possible à vérifier."

Le 23 janvier 2019, le SMR, par l'intermédiaire de la Dre F._____, a retenu chez l'assurée une pleine capacité dans son activité de femme au foyer, ainsi que dans une activité professionnelle adaptée. L'incapacité de travail était totale dans son ancienne activité d'aide-cuisinière. Au vu de l'examen clinique rassurant, sans signe d'évolution défavorable sur le plan somatique ou psychique, il n'y avait pas de raisons de s'écarter des conclusions des experts. En respectant les limitations fonctionnelles, soit la contre-indication d'efforts physiques, d'efforts de soulèvement, de port de charge de plus de 10 kilos, d'effort de préhension et de prosupination forcées des mains ainsi que l'alternance de positions assise et debout, la capacité de travail de l'assurée était entière, sauf les périodes d'accutisations, responsables d'arrêts de travail limités dans le temps.

Le 12 juin 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations déposée par l'assurée et refusé l'octroi d'une rente d'invalidité. Pour l'office, une capacité de travail de 100% était raisonnablement exigible dans une activité adaptée à son état de santé. La comparaison des revenus avec et sans invalidité conduisait à un degré d'invalidité de 10%, insuffisant pour ouvrir le droit aux prestations.

I. _____ a recouru contre cette décision le 28 juin 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (affaire AI 255/19 - 257/2019). Par arrêt du 20 août 2019, son recours a été déclaré irrecevable, l'acte en question ne satisfaisant pas aux exigences légales en termes de recevabilité.

B. Le 31 janvier 2020, la Dre O. _____, spécialiste en médecine générale, a adressé un courrier au médecin conseil de l'OAI, indiquant que l'état de santé de I. _____ s'était aggravé. Sa patiente souffrait en effet d'une spondylarthrite avec un syndrome myofascial des trapèzes, d'une épicondylite gauche ainsi que d'un état dépressif.

À l'occasion d'une nouvelle correspondance avec l'OAI, la Dre O. _____ a transmis un rapport médical établi par le Dr B. _____ spécialiste en rhumatologie, le 22 janvier 2020. Ce médecin retenait également une spondylarthrite et décrivait de nombreuses plaintes en raison de cervicalgies et des douleurs aux membres supérieurs ainsi qu'aux chevilles. Le tableau clinique se composait effectivement d'une épicondylite bilatérale en lien avec la spondylarthrite, d'une persistance d'une cervicalgie musculo-tensive et de lombalgies. Ainsi, selon la Dre O. _____, le Dr B. _____ décrivait effectivement une aggravation de l'état de santé de l'assurée.

Le 9 mars 2020, I. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Devant ces nouveaux éléments, le SMR a invité les médecins traitants de l'assurée à préciser leur position.

Le 6 juillet 2020, le Dr B. _____ a transmis à l'OAI un rapport dans lequel il retenait les diagnostics de spondylarthrite (depuis mai 2016) et de cervicalgie musculo-tensive (depuis octobre 2016) et constatait une symptomatologie douloureuse en lien avec l'activité de la maladie inflammatoire. La présence de problèmes mécaniques au niveau du rachis ne pouvait être exclue. En effet, à l'IRM, ce médecin distinguait une atteinte inflammatoire articulaire zygapophysaire qui, bien que non spécifique, pouvait entrer dans le contexte de la maladie. On notait également la présence d'une sacro-iliite bilatérale en phase d'activité à droite. La patiente se plaignait de cervicalgies, de douleurs des membres supérieurs et de douleurs péri-malléolaires externes des chevilles, nécessitant la reprise du traitement physiothérapeutique. Si le Dr B. _____ ne se prononçait pas sur la capacité de travail de l'assurée, il retenait cependant les limitations fonctionnelles suivantes : soulever, porter, pousser, tirer des charges de plus de sept kilos de façon répétitive ou fréquente, travailler avec les bras au-dessus de la tête, les positions statiques prolongées, accroupie ainsi qu'à genoux. Pour ce médecin, ces éléments révélaient une aggravation de la symptomatologie douloureuse chronique.

La Dre O. _____, dans un rapport du 17 septembre 2020 adressé à l'OAI, a retenu une spondylarthrite ankylosante, un syndrome myo-fascial ainsi qu'un état dépressif. La patiente souffrait d'une importante fatigue, son état général allant en s'aggravant. La Dre O. _____ s'est abstenue de se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée tout en retenant un pronostic qui ne pouvait qu'être défavorable. La médecin traitante a également transmis à l'OAI un rapport d'IRM lombo-sacrée du 31 juillet 2019, dans lequel le Dr [...], spécialiste en radiologie au sein de la clinique [...], à [...], avait retenu une légère discopathie dégénérative L4-L5 sans conflit disco-radiculaire, une inflammation zygapophysaire postérieure bilatérale étagée de L2 à S1, prédominant en L4-L5 du côté gauche, faisant état d'une situation globalement stable par rapport au comparatif de 2016.

La Dre Y._____, psychiatre traitante de l'assurée, a également été sollicitée. Dans un rapport du 2 février 2021, elle mentionnait que l'assurée souffrait d'une dysthymie depuis 1993. Elle remarquait une assurée plaintive, se décrivant comme triste, fatiguée, sans force pour effectuer les tâches quotidiennes de la vie. Quant au pronostic concernant une éventuelle activité professionnelle, il n'était pas simple à établir. En effet, l'intéressée avait travaillé moins d'une année dans sa vie et n'arrivait pas à se projeter dans une telle activité, s'estimant incapable d'en assumer la charge. Par ailleurs, de nombreuses activités étaient entravées par la grande fatigabilité présentée par l'intéressée. Au titre des limitations fonctionnelles, la Dre Y._____ évoquait le manque d'expérience professionnelle et de formation ainsi que le sentiment de sa patiente d'être fatiguée. S'agissant de l'anamnèse familiale et personnelle, elle se référait à l'expertise psychiatrique de la Dre J._____ effectuée en 2018, tout en évoquant les éléments suivants :

"J'ajouterais seulement que Mme I._____ semble avoir présenté depuis le début du mariage une dysthymie. A son arrivée en Suisse, elle aurait été mal accueillie dans sa belle-famille et devait effectuer leurs tâches ménagères. L'entente avec son mari n'est pas décrite comme bonne, comme mentionné dans le rapport d'expertise. Elle décrit des conflits permanents avec son époux et, en plus, elle a dû le suivre pour 2,5 ans en Afrique, contre son gré. Dans ce contexte, elle a développé un état de mécontentement permanent, se manifestant par des symptômes dysthymiques, ou, par moment, par des épisodes dépressifs."

L'OAI s'est vu remettre, le 9 juin 2021, un rapport du second psychiatre traitant de l'assurée, la Dre G._____. En tant que diagnostics, elle retenait la pathologie F33.2 (classification CIM-10), une spondylarthrite ankylosante, un syndrome myofascial des trapèzes et des extenseurs de la carpe ainsi qu'une sacro-iléite inflammatoire bilatérale. Le contexte bio-psychosocial dans lequel évoluait l'assurée était difficile et les tâches ménagères étaient effectuées par ses enfants. Le pronostic était ainsi réservé. Au titre de limitations fonctionnelles, la Dre G._____ observait une asthénie importante et des algies diverses handicapantes. Sa patiente rapportait également des capacités cognitives limitées. Pour la psychiatre, l'assurée ne pouvait exercer aucune activité professionnelle.

Le 15 juillet 2021, le SMR s'est prononcé sur l'ensemble des pièces médicales recueillies. La Dre W._____ retenait que les douleurs cervicales et lombaires chroniques étaient connues depuis 2016 et les épicondylalgies bilatérales chroniques connues depuis 2018. Ces atteintes somatiques existaient au moment de l'expertise réalisée en 2018 et justifiaient les limitations fonctionnelles retenues par les experts. Concernant l'atteinte psychiatrique, la dysthymie existait depuis 1993 et était d'ailleurs connue au moment de l'expertise. Le traitement était inchangé depuis l'expertise (Cymbalta® 30 mg - Rivotril® pour dormir). Les limitations fonctionnelles retenues par le Dr G._____ étaient également connues depuis 2015 et ne pouvaient justifier le diagnostic de trouble dépressif récurrent d'intensité sévère, sans aucun antécédent dépressif. Pour la Dre W._____, la situation était inchangée depuis l'expertise du mois de novembre 2018.

Par projet de décision du 16 août 2021, l'OAI, reprenant les conclusions de son service médical, a indiqué à l'assurée son intention de rejeter sa demande de prestations. I._____ s'y est opposée en date du 24 août 2021.

A l'occasion d'un rapport du 7 septembre 2021, la nouvelle médecin généraliste de l'assurée, la Dre Z._____, spécialiste en médecine générale, a indiqué avoir constaté des douleurs bilatérales aux mains liées à sa spondylarthrite. Sa patiente souffrait également d'hypertension artérielle nécessitant un traitement ainsi qu'une infection chronique au pied gauche depuis juillet 2021, évaluée actuellement par un infectiologue.

Du 9 au 21 septembre 2021, puis du 29 septembre au 11 octobre 2021, l'assurée a séjourné au service de dermatologie du [...] ([...]) en raison de multiples lésions ulcérées et nécrotiques aux membres inférieurs gauche et droit d'origine probablement vasculitique, dans un contexte post-infectieux. A l'occasion d'un rapport du 11 octobre 2021, le Professeur N._____, chef de Service de dermatologie du [...], a évoqué

les origines incertaines des lésions tout en confirmant le diagnostic précité. Il a également mentionné un eczéma dishydrosique des mains.

Devant ces nouveaux éléments, la Dr W. _____ du SMR a, dans un avis médical du 22 février 2022, estimé que les lésions dermatologiques une fois traitées ne devraient pas être incapacitantes.

Le 7 mars 2022, interrogé par le SMR, le Service de dermatologie du [...], par l'intermédiaire de la Dre R. _____, a indiqué une évolution favorable sur le plan dermatologique, avec cicatrisation complète des lésions ulcéreuses. Aucune limitation fonctionnelle ni incapacité de travail ne découlait de la pathologie dermatologique.

Le 24 mars 2022, la Dre W. _____, du SMR, a confirmé les conclusions prises dans son précédent rapport. La situation médicale restait inchangée depuis l'expertise du 16 novembre 2018.

Par décision du 25 mars 2022, l'OAI a confirmé son projet de décision et rejeté la demande de prestations de l'assurée. En effet, il ressortait de l'examen des renseignements administratifs et médicaux qu'il n'y avait ni changement notable, ni aggravation de son état de santé depuis la décision du 12 juin 2019.

C. Par acte du 9 mai 2022, I. _____, par l'intermédiaire de sa fille, a recouru contre la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement en sa réforme, en ce sens qu'une pleine rente d'invalidité lui soit allouée. Elle soutenait en substance que son état de santé s'était aggravé depuis la dernière décision de refus de prestations.

A l'appui de son recours, la recourante a produit plusieurs pièces, dont un nouveau rapport de la Dre Z. _____ du 14 avril 2022. Les diagnostics de dépression, d'hypertension artérielle, d'obésité sévère, de tabagisme actif et sévère, d'eczéma, de spondylarthrite, d'épicondylite bilatérale, de syndrome myofascial trapèzes et des extenseurs du carpe,

d'une infection au coronavirus en novembre 2021, d'ulcères nécrotiques aux membres inférieurs bilatéraux d'origine vasculaire sur contexte post-infectieux en septembre 2021, ainsi que de fibromyalgie ont été retenus. La Dre Z._____ faisait état d'une situation stable avec quelques améliorations dans les traitements contre l'hypertension et la douleur. La recourante souffrait surtout de douleurs des membres et aux cervicales. Concernant l'état dépressif, elle était suivie par une psychologue, aucune modification du traitement n'était intervenue entre 2021 et 2022.

Un autre rapport médical, établi le 16 mars 2022 par le Dr B._____, a été produit. Ce dernier a listé les diagnostics suivants : fibromyalgie, spondylarthrite en rémission, épicondylite bilatérale, syndrome myofascial trapèzes, rhizarthrose gauche, ténosynovite de De Quervain gauche, tendinite du moyen fessier droit, douleur péri-malléolaire de la cheville droite sur œdème sous cutané ainsi qu'une douleur au pied droit sur troubles de l'appui. Le Dr B._____ indiquait que la recourante avait bénéficié d'une infiltration à son poignet gauche avec une évolution favorable. Un traitement de physiothérapie était en cours pour les cervicalgies et allait débiter pour la hanche. La recourante se plaignait toujours de ses douleurs cervicales chroniques, d'une douleur de la péri-hanche droite mais qui ne s'était pas empirée, de douleurs aux coudes qui pouvaient être en lien avec la fibromyalgie mais également avec une épicondylite chronique ainsi que de douleurs à la cheville, respectivement au pied droit. Pour ce médecin, un tableau de fibromyalgie persistait à l'examen clinique. Le Dr B._____ a renforcé la prise de Lyrica, toujours associé au Cymbalta (30 mg) et au Rivotril (3 gouttes).

Finalement, un nouveau rapport médical du 8 avril 2022 établi par la Dre G._____ a été produit, confirmant son diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel de moyen à sévère, sans symptômes psychotiques. Elle faisait état d'une dépression chronique depuis de nombreuses années, une humeur dépressive continue avec angoisse intense, des troubles de la concentration, un sentiment de culpabilité excessive ainsi qu'un sentiment de dévalorisation. Le médecin notait une perte de l'élan vital avec des difficultés importantes dans l'exécution des

activités au quotidien, un état de ralentissement moteur important avec une symptomatologie douloureuse. La requérante se trouvait en situation d'épuisement physique, émotionnel et psychique massif et avait un besoin de repos extrême. Il y avait un sentiment d'avenir bouché, du désespoir et une pensée récurrente de mort, un sommeil agité ainsi qu'une consommation active de tabac. La requérante n'était pas dans la capacité d'exercer un travail lucratif.

Dans sa réponse du 18 août 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours ainsi qu'à la confirmation de la décision attaquée. Les renseignements médicaux obtenus ne faisaient pas état d'une modification significative de la situation depuis le 12 juin 2019, date de la précédente décision de refus des mêmes prestations. La capacité de travail était alors entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

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. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur le point de savoir si son état de santé a connu une aggravation depuis la décision de refus rendue le 12 juin 2019.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. En l'espèce, la nouvelle demande d'octroi déposée par la recourante l'a été le 9 mars 2020, de sorte que le droit à la rente est antérieur à l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales le 1^{er} janvier 2022.

3. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée 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 la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). 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.

b) 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

4. a) Pour 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 un élément important 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 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la seconde demande de prestations déposée le 9 mars 2020 par la recourante. Il convient par conséquent d'examiner si, entre la dernière décision du 12 juin 2019 entrée en force et la décision litigieuse du 25 mars 2022, l'état de santé de la recourante s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

a) La décision de refus de prestations du 12 juin 2019 se fonde essentiellement sur le rapport d'expertise [...] du 16 novembre 2018 et l'avis du 23 janvier 2019 de la Dre F. _____ du SMR.

aa) Du point de vue somatique, les experts relevaient une augmentation des douleurs aux épaules et aux coudes depuis 2015. Ils renaient les diagnostics suivants :

- obésité exogène,
- status après diabète gestationnel, normalisé,
- spondylarthropathie traité par Cimzia et Metoject,
- épicondylalgie bilatérale,
- status post-plaie par balle du dos du pied,
- antécédent (environ en 1993) d'une tentative de suicide grave (selon les dires de l'expertisée, mais cela reste à vérifier, car il s'agit d'une incohérence).

Ils considéraient que le traitement médicamenteux était adapté à la situation clinique et biologique, relevaient l'absence d'inflammation à l'examen clinique rhumatologique et la normalité de la vitesse de sédimentation (VS ; examen sanguin non-spécifique de l'inflammation) et de la concentration de la protéine C-réactive (CRP). Ils constataient que le bilan radiologique effectué par le Dr B. _____ était également rassurant.

bb) S'agissant de l'aspect psychiatrique, les experts ne renaient aucun antécédent avéré. L'assurée présentait toutes les ressources nécessaires, en l'absence de symptomatologie dépressive. Les

symptômes et les pertes de fonctionnalité dont elle se plaignait étaient sans lien cohérent et plausible avec un trouble psychiatrique quelconque et n'étaient pas en adéquation avec le degré d'importance des réels troubles somatiques. Le syndrome de fatigue chronique décrit par ses médecins n'était pas retrouvé lors de l'examen clinique de l'expertisée qui n'en présentait aucun symptôme apparent.

cc) Les experts ne constataient aucun trouble ou limitation fonctionnelle sur le plan psychique, les ressources restaient entières au vu du statut psychiatrique à l'examen de la vie quotidienne et d'une anamnèse avec un parcours de vie ordinaire, sans hospitalisation et sans antécédant psychiatrique à part un suivi récent lié à la problématique sociale. Sur le plan somatique, les experts relevaient l'existence d'une exagération des plaintes tout en admettant, en raison de la spondylarthrite, les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'effort de soulèvement, port non itératif de charge limitée à 10 kg, changement de positions, pas d'effort physique, pas d'effort de préhension et de pronosupination. La capacité de travail dans les activités exercées jusque-là était estimée à 0% tandis qu'elle était complète dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

b) Dans le cadre de la deuxième demande du 9 mars 2020, l'intimé s'est principalement fondé sur les avis de la Dre W._____ du SMR des 15 juillet 2021 et 4 mars 2022 pour refuser ses prestations à l'assurée. Selon cette médecin, compte tenu des documents versés au dossier, la situation médicale restait inchangée depuis le dernier examen.

aa) Du point de vue somatique, les rapports médicaux des médecins traitants font état de problématiques de santé largement superposables à celles ayant présidé à la précédente décision. En effet, le Dr B._____ évoque dans son rapport médical du 22 janvier 2020 le diagnostic de spondylarthrite, avec comme antécédents un syndrome myofacial des trapèzes et des extenseurs de la carpe, d'épicondylite gauche et d'état dépressif, retenus également par les Dres O._____ et Z._____ dans leurs rapports des 17 septembre 2020 et 14 avril 2022.

S'agissant du traitement, la posologie médicamenteuse évoquée par ces médecins reste globalement identique à celle qui était administrée lors de l'expertise du [...]. Les conclusions du rapport d'IRM lombo-sacrée du 1^{er} août 2019 laissent entrevoir une situation rassurante, stable s'agissant de l'inflammation zygapophysaire par rapport au comparatif de 2016. Quant à la discopathie dégénérative, elle apparaît comme légère sans conflit disco-radriculaire lors de ce même examen. Les rapports ultérieurs des médecins traitants des mois de juillet et septembre 2020 ne font pas état de diagnostics qui n'auraient pas été pris en considération par les experts. La chronologie clinique que dresse le Dr B. _____ dans son rapport du 6 juillet 2020 confirme ce qui précède. Si le rhumatologue traitant évoque quelques limitations fonctionnelles supplémentaires à celles retenues par les experts, telles que l'impossibilité de travailler avec les bras au-dessus de la tête et éviter le travail en position accroupie ou dans une position instable, ces difficultés restent globalement des mesures d'épargne du rachis et des membres supérieurs qui n'ont vraisemblablement que peu d'incidence sur la nature de l'activité adaptée que pourrait reprendre la recourante.

Quant aux diagnostics nouvellement posés dans le rapport du 16 mars 2022 du Dr B. _____ (rhizarthrose gauche, ténosynovite de De Quervain gauche, douleurs périalléolaires de la cheville droite et fibromyalgie déjà suspectée en 2017), il ne ressort pas de ce document qu'ils seraient de nature à sérieusement influencer les possibilités de la recourante d'exercer une activité adaptée à son état de santé. Le médecin traitant ne pose à cet égard pas de plus amples limitations fonctionnelles. Au demeurant, il confirme dans ce même rapport les bénéfices tirés des traitements déjà effectués : soit la rémission de la spondylarthrite, l'évolution favorable de la minime ténosynovite objectivée par échographie et confirme la mise en place prochaine de traitements physiothérapeutiques. La Dre Z. _____ constate également dans son rapport du 14 avril 2022 une situation de santé stable à laquelle s'ajoutent des bénéfices en lien avec les traitements mis en place. Objectivement, les médecins décrivent donc un état de santé rassurant, en voie de stabilisation.

Quant aux lésions ulcérées et nécrotiques d'origine incertaine (rapport du Dr N._____ du 11 octobre 2021), évoquées sous forme d'infection chronique par la Dre Z._____ dans son rapport du 7 septembre 2021, elles étaient complètement cicatrisées en février 2022, n'engendrant aucune limitation du point de vue dermatologique.

bb) Sous l'angle psychiatrique, les avis des deux psychiatres traitantes consultées s'avèrent radicalement différents. La Dre Y._____ pose le diagnostic de dysthymie présent depuis 1993 (rapport du 2 février 2021). Elle constate une patiente plaintive qui se décrit comme triste et fatiguée, sans force pour exécuter les tâches de la vie quotidienne. S'agissant de la reprise d'une activité, cette psychiatre indique que la recourante a travaillé moins d'une année dans sa vie et ne peut se projeter dans une activité lucrative, s'estimant incapable d'en assumer la charge. Elle se réfère s'agissant de l'anamnèse familiale à l'expertise CEMEDEX de 2018.

La Dre G._____ pour sa part pose le diagnostic F33.2 de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (rapports des 9 juin 2021 et 8 avril 2022). Elle observe au titre de limitations fonctionnelles une asthénie importante et des algies diverses, sa patiente rapportant des capacités cognitives limitées. A l'occasion du rapport du 8 avril 2022, elle fait notamment état de perte d'élan vital avec des difficultés importantes dans l'exécution de ses activités au quotidien, un état d'épuisement, un sentiment d'avenir bouché, du désespoir ainsi qu'une pensée récurrente de mort.

En l'occurrence, les constatations de la Dre Y._____ rejoignent celles faites par les experts en 2018, retenant l'absence d'atteinte invalidante sur le plan psychiatrique. La Dre Y._____ n'objective médicalement qu'une atteinte à la santé légère qui apparaît sans cohérence avec les plaintes de l'assurée. L'obstacle principal à une réinsertion professionnelle réside en l'absence d'expérience ou de formation, ce qui ne constitue pas des éléments médicaux susceptibles

d'influencer l'étendue de l'invalidité (TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1 ; TFA arrêt I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). Quant aux rapports médicaux de la Dre G._____, ils ne suffisent pas à admettre une péjoration de l'état de santé de la recourante, susceptible de modifier son droit aux prestations. En effet, elle n'expose pas les raisons médicales qui la conduisent à retenir un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère. A l'instar de la Dre W._____, on relèvera que le diagnostic posé par la Dre G._____ apparaît peu vraisemblable en l'absence d'antécédent dépressif. Concernant la capacité de travail, on ne voit pas que la simple asthénie et les algies évoquées par la seconde psychiatre traitante dans son rapport du 9 juin 2021, du reste déjà présentes lors de l'expertise, puissent conduire à une incapacité totale de travail dans toute activité. Quant à la fatigue et aux atteintes cognitives, elles sont essentiellement le fait des allégations de la recourante. Finalement, l'absence de capacité de travail n'est pas suffisamment motivée. La simple description d'une humeur péjorée, de difficultés dans l'exécution des tâches quotidiennes ainsi que la perte d'élan vital ne peut justifier une incapacité totale de travail dans toute activité. Ainsi, les appréciations de la Dre G._____ ne peuvent être qualifiées de probantes.

cc) Au vu des éléments développés ci-dessus, l'état de santé évoqué lors de la nouvelle demande et l'évolution qui s'en est suivie n'a pas altéré de manière significative le tableau clinique de la recourante, dominé depuis l'expertise du [...] en 2018 par des douleurs au rachis ainsi qu'aux membres inférieurs et supérieurs.

c) Compte tenu de ce qui précède, tant sur le plan somatique que sur le plan psychique, les avis médicaux figurant au dossier ne contiennent aucun élément sérieux qui inciterait à douter des conclusions de la Dre W._____. Force est ainsi de constater que du point de vue de l'exigibilité d'une activité adaptée, la situation de la recourante en 2022 reste inchangée par rapport à celle prévalant lors de la décision du 12 juin 2019. En l'absence d'évolution notable de son état de santé, les conditions

d'une révision ne sont pas remplies. C'est donc à juste titre que l'OAI a rejeté la deuxième demande de prestations de la recourante.

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, 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 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 25 mars 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de I._____.
- 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 :

- l. _____,
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'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).

Le greffier :