

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 décembre 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Neu et Mme Gauron-Carlin, juges
Greffière : Mme Toth

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 87 RAI ; 82 LPA-VD.

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait en qualité d'[...] à plein temps. Le 22 novembre 2013, elle a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison de divers problèmes articulaires, musculaires, ligamentaires et dorsaux existants depuis le début de l'été 2013.

Par rapport du 5 janvier 2014 à l'OAI, le médecin traitant de l'assurée, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics de périarthrite de la hanche gauche et de tendinite de la coiffe des rotateurs droits depuis le mois de juillet 2013, ainsi que d'état dépressif de longue date. D'après ce médecin, les douleurs étaient survenues ensuite de l'activité professionnelle répétitive de sa patiente consistant à nettoyer une vingtaine [...] par jour ; l'activité habituelle n'était plus exigible. Il a attesté une incapacité de travail totale dès le 5 juillet 2013 et jusqu'au 8 septembre 2013, indiquant que les arrêts de travail avaient ensuite été attestés par le rhumatologue de l'assurée.

Dans un rapport du 30 avril 2014 à l'OAI, le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a posé les diagnostics de lombalgies secondaires à des discopathies étagées et micro-instabilité L5-S1 depuis août 2013, de lésion de la coiffe des rotateurs (SLAP) à l'épaule droite depuis 2010, de tendinite périrochantérienne gauche, de syndrome douloureux et de déconditionnement physique. Il a attesté une incapacité de travail totale depuis le 5 juillet 2013, puis une incapacité de travail de 70 % dès le 22 octobre 2013 et, enfin, une nouvelle incapacité de travail totale à compter du 30 avril 2014. D'après lui, l'activité habituelle était encore exigible à 50 %.

Aux termes d'un rapport du 19 mars 2015 à l'OAI, la Dre V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif

récurrent depuis des années, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.1), les épisodes étant plus fréquents et intenses depuis 2013, d'anxiété généralisée depuis l'adolescence (F41.1), de douleurs à l'épaule depuis 2010, de douleurs à la hanche depuis 2013, de fibromyalgie et/ou troubles rhumatologiques depuis 2013 et d'agoraphobie avec trouble panique (F40.01) depuis l'adolescence. Elle a en outre posé le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de phobie sociale (F40.1) depuis l'adolescence. Le traitement psychiatrique avait débuté le 13 juin 2014 et consistait en une psychothérapie individuelle avec des séances une fois par semaine, accompagnée d'une médication psychotrope. La psychiatre traitante a attesté une incapacité de travail entre 70 et 100 % depuis 2013. Elle a relevé que sa patiente souffrait de troubles de l'humeur, de l'attention et de la concentration, de pleurs fréquents, d'irritabilité, de troubles du sommeil avec difficultés d'endormissement, réveils nocturnes, sudations et cauchemars.

Le 5 octobre 2015, le Dr A._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, et la Dre U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, tous deux médecins auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), ont rendu un rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique. Ils ont notamment fait état de ce qui suit :

« **DIAGNOSTICS**

- Avec répercussion durable sur la capacité de travail

- o **Lombalgies sur troubles dégénératifs (discopathies circonférentielles L2-L3 à L5-S1 avec petite hernie discale L4-L5 paramédiane D [droite] asymptomatique et pincement intervertébral à ces niveaux prédominant en L5-S1 et discrète arthrose postérieure L4-L5 et L5-S1) (M54.5).**
- o **Déchirure bicipito-labrale de type SLAP II A avec tendinose du tendon du muscle sus-épineux à l'épaule D (M75.8).**

- Sans répercussion sur la capacité de travail

- o **Douleurs en regard de la tête du 5^{ème} métatarsien G [gauche] (M79.6).**
- o **Cervicalgies (M54.2).**
- o **Pré-obésité (BMI 26 kg/m²) (E66.9).**

- o **Trouble dépressif récurrent en rémission complète (F33.4).**
 - o **Agoraphobie avec trouble panique d'intensité légère (F40.01).**
 - o **Anxiété généralisée en rémission complète (F41.1).**
 - o **Dysthymie (F34.1).**
- (...)

Limitations fonctionnelles

Sur le plan rhumatologique :

Epaule D : éviter le port de charges supérieures à 5 kg, près ou loin du corps. Eviter les activités au-dessus du plan horizontal. Eviter les activités répétitives de l'épaule en flexion, abduction ou rotation. Eviter les activités dans milieu froid et humide.

Rachis lombaire : éviter les positions en porte-à-faux, éviter le port de charges supérieures à 10 kg avec les deux mains, favoriser les activités en position alternée ou assise avec possibilité de changer de position 2x/heure ou librement, éviter les activités sur terrain irrégulier ou plateforme vibrante.

Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas de limitations fonctionnelles à caractère incapacitant.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Sur le plan rhumatologique, une incapacité de travail totale est attestée par le Dr L._____ dès le 05.07.2013 (rapport du 05.01.2014).

Sur le plan psychiatrique, incapacité de travail entre 70 % et 100 % depuis 2013. Voir rapports du Dr G._____ et de la Dresse V._____.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Sur le plan rhumatologique, selon le rapport médical du Dr G._____ du 30.04.2014, l'assurée a repris l'activité habituelle à 30 % du 22.10.2013 au 29.04.2014. Elle est de nouveau en incapacité de travail totale dès le 30.04.2014.

Dans l'activité de [...], nous nous alignons sur ces périodes d'incapacité de travail.

En revanche, dans une activité adaptée, la capacité de travail est entière dès le mois de juillet 2013.

Sur le plan psychiatrique, depuis début septembre 2015, l'état de l'assurée s'est visiblement amélioré et sa capacité de travail exigible est entière dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée sur le plan rhumatologique par la tolérance mécanique de l'épaule D et du rachis lombaire.

En ce qui concerne la problématique de l'épaule D, moyennant le respect des limitations fonctionnelles, l'assurée devrait être à même d'assurer les tâches compatibles dans une future activité lucrative.

En ce qui concerne la problématique lombaire, nous avons observé une légère fonte musculaire des muscles paravertébraux et un relâchement de la sangle abdominale. Moyennant un reconditionnement du caisson abdomino-lombaire et une réduction du poids, avec enseignement des mesures ergonomiques de protection du rachis, l'assurée devrait être à même de reprendre une activité lucrative adaptée à plein temps.

Notre examen n'a pas fait ressortir des incohérences. Les symptômes allégués par l'assurée sont corrélés aux constats radiologiques. Aucune manifestation d'exagération des symptômes n'a été relevée.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

Dans l'activité habituelle comme [...]: 0%.

Dans une activité adaptée : 100% depuis juillet 2013 sur le plan rhumatologique.

Depuis le : 01.09.2015 sur le plan psychiatrique

A déterminer en termes de métier par un spécialiste en réadaptation. »

Par décision du 16 février 2017, confirmant un projet de décision du 31 août 2016, l'OAI a octroyé une rente entière d'invalidité à l'assurée pour la période du 1^{er} juillet 2014, soit à l'échéance du délai d'attente d'une année, au 31 décembre 2015, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé. Il a en effet considéré qu'une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles de l'intéressée (« pas de soulèvement et port de charges de plus de cinq kilos, activités sollicitant les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, activités sollicitant l'épaule droite de manière répétitive en flexion, abduction ou rotation, alternance régulière position assis/debout, activités en terrain irrégulier ou sur plateforme vibrante ») était exigible à 100 % depuis le 1^{er} septembre 2015.

B. Le 7 février 2018, l'assurée a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI, faisant état d'une dépression, d'une agoraphobie, ainsi que de problèmes somatiques divers existants depuis des années.

Par rapport du 27 mars 2018 à l'OAI, complété le 15 mai suivant, la Dre V. _____ a posé les diagnostics de nouvel épisode de trouble dépressif récurrent avec péjoration de son syndrome somatique (F33.1), d'anxiété généralisée décompensée (F41.1), d'agoraphobie intensifiée avec quelques épisodes de crise de panique (F40.01) et de personnalité anxieuse (évitante ; F60.6). Elle a relevé que, ces derniers mois, sa patiente avait requis d'espacer ses séances de psychothérapie individuelle à quinzaine, mais qu'elle avait finalement repris le rythme d'une séance par semaine et continuait la médication antidépressive et anxiolytique. La psychiatre traitante a en outre attesté une incapacité de travail de 70 %, pour une durée indéterminée, précisant que la capacité de travail dépendrait de l'évolution des conditions de vie de l'intéressée et de l'évolution de celle-ci face à la suite du traitement somatique, de sa capacité à affronter des situations nouvelles, de sa détermination à poursuivre son travail personnel d'éclaircissement et de ses contacts avec ses ressources externes et internes.

Par projet de décision du 22 août 2018, l'OAI a signifié à l'assurée son intention de rejeter sa demande de prestations, à défaut de modification de son état de santé ayant une incidence sur la capacité de travail retenue dans sa précédente décision.

L'assurée a contesté ce projet de décision le 29 août 2018.

Dans un rapport du 4 septembre 2018 à l'OAI, la Dre V. _____ a en particulier observé que sa patiente présentait un état anxieux et dépressif alternant les idées noires avec l'irritabilité, la colère, les idées de vengeance et la culpabilité qui s'ensuivaient liées à la séparation d'avec son époux ; elle souffrait de troubles du sommeil avec réveils et cauchemars, de troubles de l'appétit, de céphalées, d'un accroissement de ses douleurs dans tout le corps, et se plaignait de troubles de la mémoire et de la concentration, ainsi que d'un ralentissement et de quelques crises de panique. Enfin, la psychiatre a attesté une incapacité de travail depuis 2013 fluctuant entre 70 et 80 %, et ce de façon continue, qui perdurait encore et dont elle ne saurait pronostiquer la durée.

Aux termes d'un rapport du 22 septembre 2018 à l'OAI, le Dr L._____ a noté que l'assurée souffrait depuis de nombreuses années de douleurs musculo-squelettiques consécutives à une fibromyalgie ; ces douleurs quotidiennes perturbaient également son sommeil et avaient un impact négatif important sur son psychisme. Il a relevé que s'ajoutait à cela une atteinte dégénérative lombaire documentée par une récente IRM (imagerie par résonance magnétique) qui montrait des discopathies étagées au niveau L4-L5 gauche, ainsi qu'une inflammation capsulo-synoviale provoquant une irritation de la racine L4 gauche. D'après ce médecin, ces douleurs physiques associées à une thymie dépressive et au stress provoqué par une situation familiale compliquée avaient un impact sur la capacité de travail de l'assurée, qui s'élevait à 20 % au maximum.

A l'initiative du SMR, une expertise pluridisciplinaire a été réalisée auprès de H._____. Par rapport d'expertise du 13 juin 2019, la Dre N._____, médecin praticienne, la Dre I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr M._____, spécialiste en rhumatologie, ont posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail d'agoraphobie (F40.0) et de lombalgies sur troubles dégénératifs (discopathies circonférentielles L2-L3 à L5-S1 avec une petite hernie discale L4-L5 paramédiane droite asymptomatique et pincement intervertébral à ces niveaux prédominant en L5-S1 et discrète arthrose postérieure L4-L5 et L5-S1). Ils ont en outre posé les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de troubles mixtes de la personnalité à traits évitants et dépendants partiellement décompensés (F61.0), de syndrome douloureux chronique imprécis, de status après déchirure bicipito-labrale de type SLAP II A, avec tendinose du tendon du muscle sus-épineux à l'épaule droite, de deux grossesses par voie basse, de surpoids et de ménopause à 48-50 ans. Selon les experts, il n'existait pas de limitation fonctionnelle d'un point de vue de la médecine interne et d'un point de vue psychiatrique, hormis l'agoraphobie qui devenait symptomatique lorsque l'expertisée dépassait un rayon de vingt kilomètres de chez elle. Sur le plan rhumatologique, pour l'épaule droite, il convenait d'éviter le port de charges supérieures à cinq kilos, près ou loin

du corps, les activités au-dessus du plan horizontal, les activités répétitives de l'épaule en flexion, abduction rotation et les activités dans un milieu froid et humide ; pour le rachis lombaire, il fallait éviter les positions en porte-à-faux et le port de charges supérieures à dix kilos avec les deux mains, favoriser les activités en position alternée ou assise avec possibilité de changer de position deux fois par heure ou librement et éviter les activités sur terrain irrégulier ou plateforme vibrante. S'agissant de la capacité de travail de l'expertisée, les experts ont fait part de leur appréciation suivante :

« Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

- Rétrospectif

Du point de vue **psychiatrique**, la capacité de travail a toujours été complète en dehors des phases de dépression aiguë documentées par le psychiatre traitant en 2014 et 2015 et en mars 2018 pour 2 à 3 mois, où la capacité de travail a été de 0%, mais qui ne sont actuellement pas observables en conditions d'expertise.

Du point de vue **rhumatologique**, dans l'activité de [...], la capacité de travail a été de 0% depuis l'expertise du Dr A. _____ du 26.10.2015 (sic).

Du point de vue de la médecine interne, la capacité de travail a toujours été de 100%.

- Actuel

Du point de vue **psychiatrique** : 100%.

Du point de vue **rhumatologique** : 0%.

Du point de vue de la **médecine interne** : 100%.

Du point de vue interdisciplinaire, la capacité de travail est de 0%.

- Evolutif/ Pronostic

Du point de vue **psychiatrique**, elle restera stable sauf si de nouvelles périodes de dépression telles que celles qui sont décrites dans le dossier mais qui n'ont pas été observées lors de l'expertise devaient survenir.

Du point de vue **rhumatologique**, le pronostic est défavorable. Dans sa dernière activité, la capacité de travail restera de 0%.

Du point de vue de la **médecine interne**, la capacité de travail restera de 100%.

Capacité de travail dans une activité adaptée

- Rétrospectif

Du point de vue **psychiatrique**, la capacité de travail a toujours été complète en dehors des phases de dépression aiguë documentées par le psychiatre traitant en 2014 et 2015 et en mars 2018 pour 2 à 3 mois, où la capacité de travail a été de 0%, mais qui ne sont actuellement pas observables en conditions d'expertise.

Du point de vue **somatique**, dans une activité adaptée, la capacité de travail a toujours été de 100%.

- Actuel

Au point de vue **interdisciplinaire**, la capacité de travail dans une activité adaptée est de 100%.

- Evolutif/ Pronostic

Du point de vue **psychiatrique**, elle restera stable sauf si le trouble dépressif récurrent venait à se manifester à nouveau.

Du point de vue somatique, la capacité de travail se maintiendra à 100%. »

Par décision du 14 novembre 2019, confirmant un projet de décision du 13 août 2019, l'OAI a annulé et remplacé sa décision du 16 février 2017 et son projet de décision du 22 août 2018 et octroyé une rente entière d'invalidité à l'assurée pour la période du 1^{er} juillet 2014 au 31 janvier 2016. Il a rectifié sa position en ce sens que l'état de santé de l'intéressée s'était en réalité amélioré dès le 5 octobre 2015, au point de ramener sa capacité de travail à un taux de 100 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : port de charge de cinq kilos maximum, pas d'activité sollicitant les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale et l'épaule droite de manière répétitive en flexion, abduction ou rotation, alternance régulière de la position assis/debout, pas d'activités en terrain irrégulier ou sur plateforme vibrante. L'OAI a constaté que l'état de santé de l'assurée n'avait subi aucune modification ayant une incidence sur la capacité de travail retenue ci-dessus, seule la période d'octroi d'une rente entière limitée dans le temps devant être modifiée au regard de la date de sa capacité de travail exigible dans une activité adaptée.

C. Le 15 janvier 2022, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant souffrir de dépression, d'anxiété et de phobies et subir des difficultés d'insertion professionnelle et des conflits familiaux. Elle a indiqué que son incapacité de travail variait de 70 à 100 % depuis le 13 juin 2014.

Par rapport du 1^{er} février 2022 à l'OAI, le Dr T._____, médecin praticien, a posé les diagnostics de fibromyalgie avec discopathie

dégénérative étagée modérée, prédominant à gauche au niveau L5-S1 et omalgies bilatérales, ainsi que de syndrome anxiodépressif récurrent sur traitement au long cours et d'agoraphobie avec épisodes de crises de panique. Il a relevé que les atteintes somatiques et psychiatriques étaient liées et avaient un impact « remarquable » sur la capacité de travail de sa patiente. Celle-ci avait le projet de débiter une activité de manucure et onglerie, pour laquelle elle avait effectué une formation, mais la fibromyalgie la limitait dans la position assise, qu'elle ne parvenait à garder que deux à trois heures au maximum.

Aux termes d'un rapport du 15 février 2022 à l'OAI, la Dre V. _____ a posé les diagnostics de troubles de l'humeur persistant (F34) avec épisodes dépressifs récurrents moyens et syndrome somatique (F32.10), d'agoraphobie (F40.0), d'anxiété généralisée avec épisodes de décompensation (F41), de personnalité anxieuse évitante (F60.6) et de troubles de l'adaptation (F43.2). Elle a indiqué que la communication de la décision de l'OAI en août 2019 (sic) ensuite de l'expertise de juin 2019 avait découragé sa patiente, au point que celle-ci ne voyait aucune issue possible dans son avenir. Elle a de plus rapporté que la séparation et le divorce de l'assurée d'avec son époux avaient été très difficiles et avait demandé à cette dernière beaucoup d'énergie, ce qui avait péjoré son anxiété et ses épisodes dépressifs récurrents. Au niveau professionnel, l'assurée était découragée par le peu de résultats de ses efforts pour retrouver un emploi au moins à temps partiel ; elle effectuait actuellement quelques heures de ménage par semaine chez une personne âgée et avait envie d'exercer dans l'onglerie, ayant aménagé un espace chez elle pour recevoir des clients. Les séances de psychothérapie étaient dorénavant mensuelles et l'intéressée continuait sa médication psychotrope. La psychiatre traitante a observé que les fluctuations d'humeur et les douleurs perduraient et que l'assurée souffrait toujours de longues ruminations avant de s'endormir, ainsi que de réveils nocturnes, de malaises et d'un manque d'énergie au réveil. Elle a noté que sa patiente n'avait pu avoir aucune activité professionnelle, sauf parfois des travaux de ménage et d'accompagnement à des personnes âgées, correspondant à un taux d'incapacité de travail de 80 %. En ce qui concernait les

limitations fonctionnelles, la Dre V._____ a relevé que les pathologies énumérées avaient une évolution chronique et que cela était incompatible avec l'efficacité et l'engagement exigés dans un travail rémunéré au-delà de ce que sa patiente s'efforçait de faire actuellement. Enfin, elle a indiqué qu'il existait trop d'inconnues pour effectuer un pronostic sur une augmentation du taux actuel de capacité de travail de 20 %, qui était en étroite interdépendance d'un contexte très pesant.

Un avis SMR du 14 mars 2022 mentionnait qu'il n'était pas apporté d'éléments médicaux nouveaux n'ayant pas été pris en compte lors des deux précédentes demandes de l'assurée.

Le 15 mars 2022, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision de refus d'entrée en matière sur sa nouvelle demande.

Le 31 mars 2022, l'assurée a contesté ce projet de décision.

Par décision du 20 juin 2022, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assurée, au motif que l'examen de son dossier n'avait montré aucun changement depuis la décision du 14 novembre 2019.

D. Par acte non daté et reçu le 6 juillet 2022, R._____ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation et à l'entrée en matière sur sa nouvelle demande de prestations. Elle fait valoir en substance qu'elle souffre d'angoisses depuis sa jeunesse et également de douleurs physiques se détériorant de jour en jour. La recourante explique qu'elle avait adapté sa vie en fonction de ces handicaps mais qu'à la suite de son divorce, elle se retrouvait dans une situation de stress face à son avenir incertain, les problèmes s'accumulant. Elle invoque être limitée dans tout ce qu'elle entreprend au vu de ses atteintes à la santé et être constamment dans la peur et la souffrance.

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.

c) Aux termes de l'art. 82 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours paraît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé. Dans ces cas, elle rend à bref délai une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (art. 82 al. 2 LPA-VD).

2. Le litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par la recourante le 15 janvier 2022, singulièrement sur la question de savoir si cette dernière a rendu plausible, eu égard aux pièces produites devant l'intimé, une modification significative de l'état de fait qui justifierait un nouvel examen de son cas depuis la dernière décision statuant sur son droit aux prestations entrée en force.

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

raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

b) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une 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]). 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 la personne assurée 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).

c) 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 la personne assurée 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 la personne assurée 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).

d) 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) En l'espèce, la recourante a déposé une précédente demande de prestations auprès de l'OAI le 7 février 2018, faisant état d'une dépression, d'une agoraphobie, ainsi que de problèmes somatiques divers existants depuis des années, qui a mené à ce que ce dernier mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès de [...]. Les experts en médecine interne, en rhumatologie et en psychiatrie et psychothérapie ont posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail d'agoraphobie (F40.0) et de lombalgies sur troubles dégénératifs (discopathies circonférentielles L2-L3 à L5-S1 avec une petite hernie discale L4-L5 paramédiane droite asymptomatique et pincement intervertébral à ces niveaux prédominant en L5-S1 et discrète arthrose postérieure L4-L5 et L5-S1). Ils ont également posé les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de troubles mixtes de la personnalité à traits évitants et dépendants partiellement décompensés (F61.0), de syndrome douloureux chronique imprécis et de status après déchirure bicipito-labrale de type SLAP II A, avec tendinose du tendon du muscle sus-épineux à l'épaule droite. Ils n'ont retenu aucune limitation fonctionnelle d'un point de vue psychiatrique, hormis l'agoraphobie qui devenait symptomatique lorsque l'expertisée dépassait un rayon de vingt kilomètres de chez elle, et ont retenu plusieurs limitations fonctionnelles en lien avec les atteintes rhumatologiques. D'après les experts, l'assurée était capable de travailler à temps complet dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Se fondant sur cette expertise, l'OAI a, par décision du 14 novembre 2019, octroyé une rente entière d'invalidité limitée dans le temps à l'assurée, soit pour la période du 1^{er} juillet 2014 au

31 janvier 2016 ; il a considéré que l'état de santé de cette dernière s'était amélioré dès le 5 octobre 2015 et que celle-ci était capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée à partir de cette date, sa situation n'ayant pas évolué depuis lors.

b) A l'appui de sa nouvelle demande de prestations du 15 janvier 2022, la recourante a produit un rapport du Dr T. _____ du 1^{er} février 2022, qui fait état des diagnostics de fibromyalgie avec discopathie dégénérative étagée modérée, prédominant à gauche au niveau L5-S1 et omalgies bilatérales, ainsi que de syndrome anxiodépressif récurrent sur traitement au long cours et d'agoraphobie avec épisodes de crises de panique, lesquels auraient un impact qualifié de remarquable sur sa capacité de travail. Or, ces diagnostics ne sont aucunement nouveaux et ressortent d'ailleurs de l'expertise réalisée par le H. _____ ; ils ont ainsi déjà été pris en compte par l'intimé dans le cadre de sa précédente décision. Le Dr T. _____ ne fait en outre pas état d'une péjoration objective d'une atteinte existante. Du reste, le médecin observe que sa patiente ne supporte pas la position assise plus de deux ou trois heures, ce qui était toutefois connu de l'intimé étant donné que l'alternance des positions assise et debout avait été retenue comme limitation fonctionnelle dans la décision du 14 novembre 2019. Le rapport du 1^{er} février 2022 ne saurait dès lors rendre plausible une aggravation de l'état de santé de l'intéressée.

La recourante a également remis à l'intimé un rapport établi le 15 février 2022 par sa psychiatre traitante, par lequel celle-ci pose les diagnostics de troubles de l'humeur persistant (F34) avec épisodes dépressifs récurrents moyens et syndrome somatique (F32.10), d'agoraphobie (F40.0), d'anxiété généralisée avec épisodes de décompensation (F41), de personnalité anxieuse évitante (F60.6) et de troubles de l'adaptation (F43.2). La Dre V. _____ relève en particulier que les fluctuations d'humeur et les douleurs perdurent et que l'assurée souffre toujours de longues ruminations avant de s'endormir, ainsi que de réveils nocturnes, de malaises et d'un manque d'énergie au réveil. Or, l'ensemble des diagnostics psychiatriques et de la symptomatologie notés

dans ce rapport ressortait déjà des rapports de la Dre V._____ des 27 mars et 4 septembre 2018 et a dûment été analysé par l'intimé dans le cadre de la précédente demande, au travers de l'expertise de [...]]; aux termes de celle-ci, les experts avaient notamment relevé que l'intéressée avait souffert d'épisodes de dépression en 2014, 2015 et en mars 2018 durant deux à trois mois, et que de nouvelles périodes de dépression pourraient survenir à l'avenir. En l'occurrence, il ressort du rapport du 15 février 2022 que la recourante souffre en effet de nouvelles périodes de dépression, lesquelles demeurent toutefois épisodiques aux dires de la psychiatre traitante, qui observe que sa patiente est capable de se sortir de ces états dépressifs, de sorte que la situation reste inchangée et ne permet pas la reconnaissance d'une atteinte durablement invalidante. En particulier, il ne saurait être tenu compte de l'aggravation de la santé psychique réactionnaire à la réception de la décision rendue par l'OAI le 14 novembre 2019, celle-ci étant uniquement passagère et très peu décrite par la Dre V._____. En l'état, seul le diagnostic de troubles de l'adaptation est nouveau. Il ne suffit toutefois pas à lui seul à démontrer une aggravation notable de l'état de santé, ce d'autant plus qu'il n'est nullement étayé.

En outre, la psychiatre traitante rapporte des difficultés familiales, lesquelles ne sont pas de la compétence de l'AI et existent au demeurant depuis 2015, de sorte qu'elles étaient connues de l'autorité intimée lorsque la décision du 14 novembre 2019 a été rendue. A cela s'ajoute que l'incapacité de travail de 80 % retenue par la psychiatre n'est pas objectivée, celle-ci se fondant sur la situation factuelle de sa patiente qui ne travaille que quelques heures par semaine. Au surplus, la Dre V._____ attestait déjà, dans le cadre de la précédente demande, d'une incapacité de travail alternant entre 70 et 100 % dans toute activité, laquelle n'avait pas été retenue par l'intimé. Enfin, il ne ressort pas du rapport du 15 février 2022 que des limitations fonctionnelles se seraient ajoutées. On relèvera encore que le traitement s'est allégé, en ce sens que les séances de psychothérapie sont désormais mensuelles et non hebdomadaires.

Pour toutes ces raisons, il faut constater que le rapport du 15 février 2022 de la Dre V. _____ n'apporte aucun élément nouveau qui serait susceptible de rendre plausible une aggravation de l'état de santé de l'intéressée.

c) Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 15 janvier 2022, les documents produits par cette dernière à l'appui de sa demande ne permettant manifestement pas de rendre plausible une aggravation de son état de santé.

5. a) Manifestement mal fondé, le recours doit par conséquent être rejeté et la décision attaquée confirmée, sans qu'il soit nécessaire de procéder à un échange d'écritures (art. 82 LPA-VD).

b) Au vu des circonstances, le présent arrêt est rendu sans frais (art. 50 LPA-VD).

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

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 20 juin 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- R. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :