

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} septembre 2025

Composition : M. TINGUELY, président
Mme Berberat et M. Piguet, juges
Greffier : M. Varidel

Cause pendante entre :

P. _____, à [...], recourante, représentée par Procap, Service juridique, à
Bienne,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 17 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. P. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], ressortissante [...], mariée et mère de deux enfants nés en [...] et [...], est arrivée en Suisse en 2002 et est désormais au bénéfice d'un permis d'établissement « C ». Sans formation certifiée, elle a travaillé, dès avril 2008, en tant que concierge en bâtiment à un taux de 90 % pour le compte des [...]. Parallèlement, entre janvier 2011 et novembre 2018, elle a également été employée de la Commune de [...] affectée au nettoyage du collège, à un taux de 30 %.

Le 25 avril 2019, l'assurée 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 indiquant, quant au genre de l'atteinte à la santé : « Divers mouvements du dos, genou gauche, épaule droite, maladie de Crohn, coccyx fracturé, etc. ». Elle a expliqué être en incapacité de travail à 50 % depuis janvier 2019.

Par communication du 28 juin 2019, l'OAI a octroyé à l'assurée une mesure d'intervention précoce sous la forme de modules externalisés auprès de [...], du 8 juillet au 27 décembre 2019.

Dans un questionnaire pour l'employeur transmis par les [...] le 4 juillet 2019, celui-ci a indiqué que l'assurée avait la charge de la conciergerie d'un immeuble d'environ cent appartements, répartis sur neuf étages, avec des commerces et des parkings en sus, exigeant souvent des ports de charges pouvant aller de 10 à 25 kg. L'employeur considérait qu'une activité à 100 % n'était pas possible et qu'une activité à temps partiel serait plus adaptée. Il a exposé que le salaire mensuel de l'assurée s'élevait à 3'110 fr., servi treize fois l'an, pour un taux d'activité de 90 %.

Dans un rapport d'entretien d'intervention précoce auprès de [...] daté du 10 juillet 2019, l'assurée a indiqué notamment qu'elle souffrait de la maladie de Crohn depuis son plus jeune âge, qu'elle avait

subi une opération au genou gauche en juillet 2017 en raison de douleurs persistantes, qu'elle présentait des douleurs à l'épaule droite à la suite d'une surcharge de travail et qu'elle avait subi une chute sur le coccyx ayant occasionné une fracture quelques années auparavant. Elle a par ailleurs expliqué qu'une fibromyalgie avait été évoquée en janvier 2019. Elle mentionnait également une dépression ayant débuté en 2018, liée à la dégradation de son état de santé, pour lequel elle bénéficiait d'un suivi psychiatrique et recevait des antidépresseurs. Au terme d'un délai de réflexion, l'assurée a décidé de ne pas entrer dans le processus d'intervention précoce proposé.

Dans un rapport du 23 octobre 2019, le Dr O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, a fait état des diagnostics de gonarthrose, de discarthrose, de bursite des deux hanches et de pseudarthrose après fracture du coccyx. Selon le spécialiste, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité en raison de ses douleurs invalidantes. Il a produit en annexe divers autres rapports médicaux, dont notamment :

- un rapport du 16 janvier 2019 du Dr [...], médecin praticien, posant les diagnostics de fibromyalgie, de rachialgies chroniques dans le contexte d'hypermobilité articulaire partielle, ainsi que d'état anxiodépressif ;
- un rapport du 12 juin 2019 de la Dre [...], spécialiste en anesthésiologie, selon lequel l'assurée avait bénéficié d'infiltrations coccygienne et des articulations facettaires lombaires L5-S1 bilatérales.

Par rapport du 15 octobre 2019, le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a notamment produit :

- un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) de la colonne lombaire du 1^{er} juillet 2019, mettant en évidence des lombosciatalgies du membre inférieur gauche en augmentation ;
- un rapport du 6 mai 2019 du Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, faisant état des diagnostics de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F.43.21), de trouble dissociatif (de conversion) mixte (F44.7) et de majoration de symptômes physiques pour

des raisons psychologiques (F68.0). Il considérait que l'incapacité de travail n'excédait pas 20 % dans l'activité habituelle de concierge ;

- un rapport du 7 octobre 2019 du Dr [...], spécialiste en angiologie, selon lequel l'assurée présentait des varices réticulaires et télangiectasies bilatérales, des varices de la grande saphène gauche et une lipodystrophie ;

- un rapport de gastroscopie du 17 juillet 2019 du Dr T._____, spécialiste en gastroentérologie, constatant la présence d'une hernie hiatale, avec ébauches de languettes au niveau de la ligne Z.

Le 29 novembre 2019, le Dr G._____ a transmis à l'OAI un rapport d'IRM cérébrale réalisé le 8 mai 2019, lequel n'avait pas permis de déceler de lésion cérébrale ou vasculaire cérébrale.

L'assureur perte de gain de l'employeur, [...], a confié la mise en œuvre d'une expertise de l'assurée au Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale. Dans son rapport du 20 décembre 2019, l'expert n'a mis en évidence aucune pathologie somatique ou psychique susceptible de justifier une incapacité de travail, même partielle, pour autant que l'activité s'inscrive dans le cadre d'un emploi léger, sans charge supérieure à 10 kg, sans mouvement répétitif de l'épaule droite au-dessus de l'horizontale et permettant une alternance entre les positions assise et debout.

Dans un rapport du 20 janvier 2020, le Dr T._____ a indiqué que l'assurée ne présentait pas de pathologie digestive entraînant une incapacité de travail.

Selon un rapport de consultation du 18 mai 2020 du Dr [...], spécialiste en neurochirurgie, une IRM réalisée en février 2020 avait montré la présence d'une discopathie L4-L5 gauche, pour laquelle une infiltration avait été réalisée, entraînant une amélioration transitoire de la symptomatologie douloureuse. Une nouvelle IRM pratiquée le 14 mai 2020 avait montré une légère progression de la discopathie L4-L5 avec une hernie discale luxée légèrement vers le bas en conflit avec la racine L5

gauche au niveau du récessus, ce qui expliquait la symptomatologie douloureuse radiculaire L5 gauche. Dans ce contexte et au vu de l'échec de l'infiltration, le spécialiste proposait à l'assurée une intervention chirurgicale.

Le 17 juin 2020, l'assurée a bénéficié d'une laminectomie L4-L5 gauche, sans complication (cf. rapport du 25 juin 2020 du Dr [...]).

Sur recommandation du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) du 12 février 2020, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire de l'assurée au Centre d'expertises médicales Z._____, à [...], le 11 août 2020. Les Drs H._____, spécialiste en médecine interne générale, Y._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et L._____, spécialiste en rhumatologie, ont communiqué leur rapport en date du 18 décembre 2020. Dans le cadre de leur appréciation consensuelle du cas, les experts précités ont retenu les diagnostics incapacitants de status post-chirurgie lombaire (laminectomie L4-L5), en juin 2020, avec un syndrome lombovertébral, une dysbalance musculaire et un déconditionnement global, ainsi que de tendinite de l'épaule droite avec lésion transfixiante du supra-épineux. Les diagnostics de fibromyalgie et de trouble de l'adaptation, avec réaction dépressive prolongée, depuis février 2020, étaient tenus pour non incapacitants. Pour les experts, la capacité de travail dans l'activité habituelle de concierge était de 50 % depuis le 7 janvier 2019, puis nulle depuis l'IRM du 15 [recte : 14] mai 2020 et l'indication de l'opération lombaire du 17 juin 2020. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était nulle dès cette dernière date, avec la précision qu'elle devrait être entière six mois après l'opération en question, soit à partir du 17 décembre 2020, à condition que le traitement conservatif de la tendinite de l'épaule droite avec lésions transfixiantes soit un succès. Dans ce cas, elle serait alors capable d'effectuer un travail en alternant les positions assise/debout et la marche, avec port de charge jusqu'à 5 kg et sans mouvements répétitifs de l'épaule droite au-dessus de l'horizontale, en évitant une activité en position agenouillée, de même que toute

activité demandant une sécurité augmentée sur des échafaudages ou des échelles, ainsi que des activités surchargeant le rachis dans sa totalité.

Dans un avis médical du 28 janvier 2021, le SMR a considéré que les conclusions de l'expertise étaient convaincantes sur les plans psychiatrique et internistique. Un complément était toutefois demandé quant au volet rhumatologique.

Dans un complément d'expertise du 15 mars 2021, les experts ont fait savoir à l'OAI qu'après relecture du dossier, la capacité de travail dans une activité adaptée pouvait être considérée comme entière dès décembre 2020, cela également si l'assurée ne bénéficiait pas d'une prise en charge chirurgicale de la lésion du sus-épineux à droite.

Dans un avis médical du 8 avril 2021, le SMR a retenu que la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle était nulle depuis mai 2020 et que, dans une activité adaptée, celle-ci avait été nulle entre juin et décembre 2020, puis entière depuis lors.

Par projet de décision du 12 avril 2021, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il comptait lui octroyer le droit à une rente d'invalidité entière pour la période du 1^{er} septembre 2020 au 31 mars 2021. Le droit à la rente était toutefois éteint au-delà de cette date compte tenu du fait que l'assurée avait recouvré, à compter du 17 décembre 2020, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Par communication de l'OAI du même jour, l'assurée s'est vu octroyer une aide au placement.

Dans un « rapport d'aggravation » du 23 avril 2021, le Dr O. _____ a fait état d'une aggravation des symptômes de polyarthralgie et myalgie dans le cadre d'une fibromyalgie floride.

Le 3 mai 2021, l'assurée a confirmé à l'OAI qu'elle souhaitait contester son projet de décision, en déclarant que son état de santé s'était

aggravé. Le même jour, elle a en outre indiqué qu'elle renonçait à l'aide au placement.

Par rapport du 28 juin 2021 (en format dit européen), le Dr G._____ a décrit une détérioration de la situation et retenu une capacité nulle dans toutes activités. Il y a joint notamment :

- un rapport du 19 février 2021 de la Dre [...], spécialiste en rhumatologie ;
- un rapport du 6 mai 2021 du Dr [...], spécialiste en pneumologie ;
- un rapport d'IRM de l'épaule gauche du 21 mai 2021 ;
- un rapport du 16 juin 2021 de la Dre [...], spécialiste en neurologie.

Dans un avis médical du 11 août 2021, le SMR a estimé que les documents médicaux apportés par l'assurée n'avaient pas amené d'arguments en faveur d'une aggravation objective et a maintenu les conclusions de son rapport du 8 avril précédent.

Par décision du 15 novembre 2021 confirmant son projet du 12 avril précédent, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité entière du 1^{er} septembre 2020 au 31 mars 2021 et nié son droit à la rente au-delà de cette dernière date. Non contestée, cette décision est entrée en force.

B. Le 28 avril 2022, l'assurée a déposé une seconde demande de prestations de l'assurance-invalidité. Elle y a joint un rapport du 5 avril 2022 du Dr G._____ faisant état d'une aggravation de la symptomatologie, avec l'apparition, en mars 2022, de sensations de vertiges entraînant des troubles de l'équilibre ainsi que de tremor des deux mains et de faiblesse des membres inférieurs, avec phénomène de lâchage.

Dans un projet de décision du 4 mai 2022, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il comptait refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande, au motif qu'elle n'avait pas rendu plausible une péjoration de son état de santé.

Par pli du 2 juin 2022, l'assurée, désormais représentée par Procap, a présenté ses objections à l'encontre dudit projet et sollicité un délai supplémentaire afin de pouvoir réunir les éléments médicaux auprès des différents médecins consultés.

Le 7 juillet 2022, l'assurée a complété ses objections, en produisant des rapports radiologiques et en se prévalant des documents suivants, également joints :

- un rapport du 24 mai 2022 du Dr G._____ faisant état d'une aggravation de tous les symptômes et de l'inefficacité des traitements entrepris, ainsi que d'une capacité de travail nulle dans toute activité ;
- un rapport du 13 juin 2022 du Dr [...], spécialiste en neurologie, posant le diagnostic de migraines chroniques sans aura, entraînant des céphalées quotidiennes et estimant la capacité de travail dans une activité adaptée à 50 % du point de vue neurologique ;
- un rapport du 4 juillet 2022 du Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, posant les diagnostics de déchirure partielle du muscle sus-épineux de l'épaule droite, de tendinite de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, d'insertionite des hanches, de status post méniscectomie du genou gauche et de gonarthrose tricompartmentale au genou droit. L'atteinte à l'épaule droite nécessitait une intervention chirurgicale, toutefois sans date encore agendée. Les limitations fonctionnelles imposaient de favoriser l'alternance des positions assise et debout. Il estimait la capacité de travail dans l'activité habituelle comme nulle, et l'évaluait entre 25 % et 50 % dans une activité adaptée.

Le 20 juillet 2022, l'assurée a encore produit un rapport psychiatrique du 18 juillet précédent du Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, retenant le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2), dès octobre 2021, et concluant à une capacité de travail nulle dans toute activité, même adaptée.

Par avis médical du 29 juillet 2022, le SMR a considéré que les rapports médicaux produits par l'assurée rendaient plausible une aggravation de sa situation sur les plans ostéoarticulaire et psychique. Il a préconisé de réinterroger les différents médecins traitants.

Le 17 août 2022, le Dr G. _____ a transmis un rapport de coloscopie du 5 mai 2022, réalisée par le Dr T. _____, montrant une iléite érosive légère, stable depuis la dernière endoscopie et sans autre proposition thérapeutique qu'un traitement symptomatique.

Dans un rapport à l'OAI du 31 août 2022, le Dr D. _____ a repris les constats décrits dans son rapport du 4 juillet précédent.

Dans des rapports des 17 octobre et 11 novembre 2022, le Dr M. _____ a indiqué qu'aucune hospitalisation n'était nécessaire. Selon le spécialiste, l'assurée était envahie toute la journée par des douleurs musculo-articulaires qui la limitaient dans la plupart des activités ménagères. Les limitations fonctionnelles étaient un ralentissement psychomoteur, des ruminations envahissantes, de la fatigue, une perte d'initiative, ainsi qu'une hypersomnolence diurne. Il considérait que la capacité de travail était nulle dans toutes activités.

Dans un rapport du 23 novembre 2022, le Dr R. _____, spécialiste en endocrinologie-diabétologie, a indiqué avoir reçu l'assurée pour une suspicion de dysthyroïdie et une notion d'insuffisance corticotrope, et que les examens réalisés n'avaient toutefois pas permis de déceler de maladie organique sur ces deux plans.

Dans un rapport du 7 décembre 2022, la Dre [...], spécialiste en neurologie, a posé le diagnostic de migraines chroniques. Les limitations fonctionnelles à prendre en compte incluaient des troubles de la concentration, proscrivaient le travail pendant les crises de céphalées et devaient permettre de favoriser un environnement calme et d'éviter la lumière ainsi que les efforts physiques ou les positions physiquement

exigeantes. La capacité de travail dans une activité adaptée était estimée entre 30 % et 40 %.

Par courrier du 19 décembre 2022, l'OAI a informé l'assurée qu'il entrait en matière sur sa demande du 28 avril 2022 et que le projet de décision du 4 mai 2022 était à considérer comme nul et non avenue.

Dans un avis du même jour, le SMR a préconisé la poursuite de l'instruction médicale.

Dans un rapport du 4 janvier 2023, le Dr T. _____ a indiqué que l'état de l'assurée était stationnaire sur le plan gastroentérologique depuis janvier 2020. Il retenait un syndrome de l'intestin irritable, une maladie de Crohn iléale légère et une stéatopathie non alcoolique, qui n'entraînaient aucune incapacité de travail.

Dans un rapport du 3 mars 2023 relatif à une consultation du 23 février 2023, le Prof. [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a noté que les douleurs au niveau lombaire et cervical décrites par l'assurée ne pouvaient pas être expliquées par une pathologie du rachis objectivée par une imagerie, tant cervicale que lombaire. Il ne retenait pas d'indication chirurgicale et renvoyait la patiente vers une prise en charge de la douleur.

Dans un rapport du 7 mars 2023, le Dr R. _____, a conclu à l'absence d'atteinte endocrinologique et à la confirmation de la normalité de la stimulation de l'axe corticotrope.

Dans un rapport à l'OAI du 20 mars 2023, la Dre [...], spécialiste en médecine interne générale et nouvelle médecin traitante de l'assurée, a fait part des diagnostics de dépression chronique, de hernie discale L4-L5 à droite sans compression radiculaire clinique, de douleurs cervicales de C8, de cure de hernie discale L4-L5 à gauche et de douleurs au poignet droit.

Sur recommandation du SMR du 30 juin 2023, l'OAI a diligenté une expertise pluridisciplinaire de l'assurée, dont le mandat a été confié à la Clinique V._____ (ci-après : Clinique V._____), à [...], le 6 juillet 2023. Les Drs I._____, spécialiste en médecine interne générale, Q._____, spécialiste en neurologie, B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et N._____, spécialiste en rhumatologie, ont communiqué leur rapport le 30 octobre 2023. Dans le cadre de leur appréciation consensuelle du cas, les experts précités ont retenu les diagnostics, sur le plan rhumatologique, de fibromyalgie (M79.7), de lombalgies communes persistantes (M54.5) sur status après hernie discale L4-L5 opérée le 18 [recte : 17] juin 2020 (Z98.8), de coccygodynie avec instabilité de la dernière pièce coccygienne (M53.3), de tendinopathie du supra-épineux (75.1) avec bursite sous-acromiale (M75.5) et conflit sous-acromial (M75.4), de gonarthrose tricompartmentale, prédominant à gauche au niveau fémoro-tibial interne (M17.0) et d'arthrose trapézo-métacarpienne gauche débutante (M18.0). Du point de vue psychiatrique, ils ont retenu un épisode dépressif moyen avec symptômes somatiques (F32.11), tandis que sur le plan de la neurologie, des cervicalgies communes, avec céphalées psychogènes étaient objectivées. Enfin, du point de vue internistique, aucune atteinte durablement incapacitante n'était constatée. Les limitations fonctionnelles dans le registre rhumatologique proscrivaient les activités prolongées et/ou répétitives avec les épaules au-dessus de l'horizontale ou avec les bras en porte à faux, avec ports de charges lourdes de plus de 5 à 10 kg, surtout en porte-à-faux, la station assise prolongée de plus d'une à deux heures sans possibilité de bouger, ainsi que les activités prolongées et/ou répétitives en position accroupie, à genoux et avec flexion/extension des genoux. Sur le plan psychiatrique, il fallait tenir compte d'une diminution de la flexibilité mentale et des capacités d'adaptation, d'une sensibilité au stress, d'une difficulté à être proactive, d'une baisse des capacités d'affirmation de soi devant une auto-dévaluation, ainsi que d'une diminution des capacités relationnelles avec des tiers ou dans l'intégration dans un groupe. Selon les experts, la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle, tandis que dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites sur le plan rhumatologique, la capacité

de travail sur le plan somatique était limitée par une baisse de rendement de 20 %. La baisse de l'humeur et la symptomatologie psychiatrique entraînaient elles aussi une diminution de rendement de 20 % dans une activité adaptée, depuis l'aggravation psychiatrique de novembre 2021, étant précisé que les deux facteurs limitant le rendement ne pouvaient pas s'additionner.

Dans un avis médical du 17 novembre 2023, le SMR, se ralliant à l'appréciation des experts de la Clinique V._____, a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de concierge, depuis mai 2020, respectivement une capacité de travail de 80 % (étant donné une baisse de rendement de 20%) dans une activité adaptée, depuis octobre 2021. Les limitations fonctionnelles étaient définies comme suit :

« [...] »

Somatiques : favoriser activité légère, essentiellement en position assise avec possibilité de changer de position, activité simple qui serait à hauteur d'établi, sans activité lourde, éviter les activités prolongées avec bras au-dessus de l'horizontale, ou avec les bras en porte à faux, les ports de charges de plus de 5 kg surtout en porte-à-faux, de manière prolongée ou répétitive, éviter les activités en porte à faux prolongées et/ou répétitives du rachis, la station assise prolongée de plus de 1 à 2h sans possibilité de bouger, pas d'activités accroupies, à genoux, pas d'activités répétitives et/ou prolongées avec flexion-extension des genoux.

Psychiatriques : diminution de la flexibilité mentale et des capacités d'adaptation, sensibilité au stress, difficulté à être proactive, baisse des capacités d'affirmation de soi, diminution des capacités relationnelles avec des tiers ou dans l'intégration dans un groupe, favoriser activité sans fortes pressions de rendement. [...] »

Selon un document intitulé « calcul du degré d'invalidité » du 29 novembre 2023, l'OAI mentionnait, à titre d'exemple d'activités adaptées, « un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement ».

Dans un projet de décision du 30 novembre 2023, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait rejeter sa seconde demande de prestations et lui nier le droit à une rente d'invalidité compte tenu d'une pleine capacité de travail – avec baisse de rendement de 20 % – dans une

activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le degré d'invalidité à l'issue du délai d'attente, en octobre 2022, était de 9,18 %, respectivement de 18,26 % à compter du 1^{er} janvier 2024, en application de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI.

Par pli du 17 janvier 2024, l'assurée a fait part de ses objections à l'encontre de ce projet de décision. Selon elle, seule une activité en atelier protégé était exigible. Elle demandait la mise en œuvre de mesures d'instructions complémentaires, sous la forme d'une mesure d'observation professionnelle (COPAI). Elle a produit en sus un rapport du 14 janvier 2024 du Dr M. _____ faisant état d'un diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et relevant par ailleurs une incongruence entre la description détaillée des symptômes psychopathologiques de l'assurée, telle que rapportée dans le ch. 4.3 de l'expertise, et les résultats globaux obtenus à l'échelle de Hamilton. L'intéressée demandait, à cet égard, de pouvoir disposer des scores séquentiels pour chacun des items de l'échelle.

Le 5 février 2024, l'assurée a produit les documents suivants :

- un rapport d'IRM de l'épaule gauche du 11 janvier 2024 du Dr [...], spécialiste en radiologie, faisant état d'une tendinopathie du supra-épineux sans indice de déchirure, d'une bursite sous-acromiale et d'une ébauche d'arthropathie acromio claviculaire ;
- un rapport d'IRM de l'épaule droite du 15 janvier 2024 du Dr [...], concluant à une tendinopathie du supra et de l'infra-épineux avec bursite sous-acromiale sur probable conflit sous-acromial, sans déchirure tendineuse ;
- un rapport de consultation du 22 janvier 2024 du Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dans lequel il s'est dit peu convaincu par une étiologie gléno-humérale concernant les douleurs diffuses, atypiques, et globalement symétriques au niveau des deux ceintures scapulaires. Il ne retenait pas d'indication chirurgicale et préconisant une prise en charge physiothérapique et antalgique.

Dans un avis médical du 13 février 2024, le SMR a estimé que les éléments apportés par l'assurée ne permettaient pas de revenir sur ses précédentes conclusions du 17 novembre 2023. En particulier, il a considéré, sur le plan somatique, que l'apparition d'une tendinopathie de l'infra-épineux droit décrite par les examens d'imagerie ne modifiait pas les limitations fonctionnelles définies, dans la mesure où la description clinique restait identique à celle de l'expertise. Concernant le volet psychiatrique, le SMR a estimé que l'experte psychiatre de la Clinique V._____ avait décrit de manière détaillée et convaincante son raisonnement l'amenant à retenir un épisode dépressif de gravité modérée et que l'avis du psychiatre traitant était de l'ordre d'une interprétation différente d'une même situation médicale.

Par décision du 13 février 2024, l'OAI a confirmé son projet du 30 novembre précédent et rejeté la demande de prestations de l'assurée.

C. Par acte du 18 mars 2024, P._____, toujours représentée par Procap, a interjeté recours contre la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction, avec mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique. La recourante a en substance reproché à l'OAI de s'être fié à l'expertise psychiatrique réalisée par l'experte de la Clinique V._____, en se prévalant à cet égard du rapport du 14 janvier 2024 du Dr M._____ susmentionné, lequel faisait état d'un épisode dépressif grave et critiquait la méthodologie de l'experte. Elle a par ailleurs requis d'être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par décision du 15 avril 2024, le juge instructeur alors en charge du dossier a rejeté la demande d'assistance judiciaire de la recourante. Cette décision n'a pas été contesté et est entrée en force.

Dans sa réponse du 20 mai 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, en renvoyant à

l'appréciation du SMR formulée dans ses avis médicaux des 17 novembre 2023 et 13 février 2024.

En réplique, le 10 juin 2024, la recourante a réitéré ses arguments et maintenu ses conclusions.

Dupliquant le 1^{er} juillet 2024, l'intimé a indiqué qu'il n'avait rien à ajouter et a maintenu sa position.

D. A la suite d'une réorganisation des cours du Tribunal cantonal intervenue le 1^{er} janvier 2025, le juge soussigné a repris l'instruction de la présente cause en février 2025.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige porte sur le droit de la requérante à une rente d'invalidité dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations déposée le 28 avril 2022. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si, par analogie avec l'art. 17 LPGA, l'OAI pouvait nier une péjoration de l'état de santé de la requérante depuis la décision de refus de rente du 16 novembre 2021.

3. a) 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 1^{er} 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 postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires

en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'occurrence, au vu de la date du dépôt de la seconde demande, soit le 28 avril 2022, le nouveau droit est applicable.

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

b) 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). L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. A cette fin, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus

déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

c) 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). 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 1^{er} janvier 2022), 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 la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b).

d) 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).

5. 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_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet

de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, 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 assécurologique. 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).

e) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

6. a) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent

en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées).

b) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans

activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

7. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 28 avril 2022, admettant à ce stade une plausible détérioration de son état de santé, tant sur le plan psychiatrique que sur le plan somatique, depuis la décision d'octroi de rente limitée dans le temps rendue le 15 novembre 2021.

Cependant, se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire réalisée par la Clinique V._____ le 30 octobre 2023, et en particulier sur l'évaluation consensuelle qu'elle contient - tenue pour probante -, l'intimé a constaté que la recourante avait toujours présenté une capacité de travail de 100 % (avec diminution de rendement de 20 %) dans une activité adaptée, ce qui, en regard de ses revenus avec et sans invalidité, conduisait à retenir un degré d'invalidité de 9,18 % depuis octobre 2022, puis de 18,26 % dès janvier 2024 compte tenu de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI dans sa teneur entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2024, ce qui ne lui ouvrait pas le droit à une rente.

8. La recourante reproche à l'intimé d'avoir reconnu une pleine valeur probante au rapport d'expertise du 30 octobre 2023, et en particulier à son volet psychiatrique, établi par la Dre B._____, qui en fait partie intégrante.

a) On précisera à titre liminaire que, sur le plan formel, l'expertise répond aux réquisits jurisprudentiels (cf. consid. 5b supra) pour se voir accorder une pleine valeur probante. En effet, l'état de santé de la recourante a fait l'objet d'un examen circonstancié par les experts spécialistes, l'expertise a été établie en pleine connaissance des éléments médicaux au dossier et se fonde sur des examens cliniques menés par chaque expert dans son domaine (consultations des 4, 5 et 6 septembre 2023), qui ont ensuite confronté leurs conclusions. Chaque expert a procédé à une étude circonstanciée du cas et dressé une anamnèse complète, aussi bien sur le plan personnel et familial que social et médical. Les experts ont tenu compte des plaintes de la recourante, qu'ils ont soigneusement listées, et les ont confrontées avec leurs constatations objectives. Ils se sont encore renseignés sur ses habitudes, sa vie quotidienne, ses loisirs et son emploi du temps.

b) aa) Par ses développements, la recourante conteste essentiellement le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec symptômes somatiques (F32.11) posé par l'experte psychiatre, qui serait, selon la recourante, insuffisamment motivé, attendu que, pour sa part, le psychiatre traitant aurait constamment fait état, de manière détaillée, d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2).

bb) En particulier, procédant à un résumé de l'évolution personnelle de l'expertisée, la Dre B._____ a observé qu'elle avait eu un parcours de vie difficile sur le plan migratoire, financier et familial avec une période de séparation d'avec ses enfants, confiés à sa mère. Elle avait néanmoins toujours montré de bonnes capacités de résilience et avait toujours travaillé dans le nettoyage et en tant que concierge depuis 2008.

Dans les suites de son licenciement en 2018, vécu comme injuste car faisant suite à des arrêts liés à ses opérations chirurgicales et à ses problèmes médicaux, l'expertisée avait présenté un fléchissement thymique réactionnel à sa situation socio-professionnelle. Le diagnostic de trouble de l'adaptation avait été retenu par son psychiatre traitant à l'époque, à savoir le Dr F._____, puis par l'expertise psychiatrique réalisée par Z._____ en décembre 2020. Le vécu d'injustice s'était amplifié dans les suites de cette expertise, surtout quand elle avait eu connaissance du rapport de son psychiatre traitant, qui ne retenait pas de pathologie psychiatrique incapacitante et qui évoquait la simulation. Elle avait changé de suivi psychiatrique pour entamer un suivi depuis octobre 2021 avec le Dr M._____, qui avait posé le diagnostic d'un épisode dépressif sévère devant une aggravation de la symptomatologie dépressive avec développement d'idées suicidaires en 2022. L'assurée rapportait depuis lors une légère amélioration sur le plan thymique avec une mise à distance des idées suicidaires mais une aggravation progressive de son isolement social, la perte d'intérêt, le ralentissement, la fatigabilité et enfin une perte de l'élan vital. Une composante anxieuse était associée à cette symptomatologie dépressive.

cc) Lors de l'entretien avec l'experte psychiatre, l'assurée avait indiqué qu'elle n'arrivait pas à se projeter dans l'avenir, se sentant dépendante de son mari pour les plus petites activités, même s'habiller. Elle rapportait avoir perdu tout espoir d'amélioration de son état devant l'absence de réponse aux traitements et une douleur cotée à 10 presque en toutes circonstances. Néanmoins, avec toutes les thérapies entreprises, et si ses douleurs venaient à se résorber, elle rapportait espérer retrouver une autonomie et sa capacité de travail antérieure.

Durant l'évaluation, la Dre B._____ n'avait pas observé d'agitation psychomotrice chez l'expertisée, mais un léger ralentissement psychomoteur, la mimique ayant été clairement triste avec des pleurs faciles. Elle n'a pas non plus observé dans le comportement de l'expertisée d'éléments se dirigeant vers un trouble manifeste de l'attention, de l'orientation, ni de la concentration. Le fil du discours était

conservé, de même que les capacités de raisonnement et d'intelligence, qui semblaient dans la norme. Il n'y avait pas d'élément relevant du registre psychotique, en particulier aucune bizarrerie du comportement, de l'allure ni du discours. Il n'y avait pas non plus d'idée délirante exprimée, ni d'indice en faveur de phénomène hallucinatoire.

Concernant l'humeur, la thymie apparaissait clairement abaissée. L'expertisée présentait des pleurs faciles lorsqu'elle parlait de la douleur et du sentiment d'incapacité et d'inutilité. Il y avait chez elle une nette baisse de l'estime de soi depuis la diminution de ses capacités physiques. L'experte psychiatre a décrit l'élan vital comme abaissé. Elle n'a pas observé d'intolérance à la frustration, ni d'agressivité, ni encore d'émoussement des affects. Sur le plan anxieux, une légère tension intérieure était perceptible en début d'entretien. Enfin, sur le plan de la personnalité, la spécialiste a fait état d'un comportement relationnel et émotionnel adapté lors de l'évaluation.

À l'examen, l'assurée avait rapporté l'histoire de ses troubles de façon authentique sans majorer sa symptomatologie psychique et sans atypie. Elle s'était montrée collaborante tout au long de l'entretien, sans avoir été théâtrale, ni exagérément plaintive sur le plan psychiatrique. L'assurée n'avait donné à aucun moment l'impression d'amplifier la symptomatologie sur le plan psychique. Le vécu d'injustice semblait interférer avec le mode de présentation de ses plaintes somatiques, que l'assurée avait tendance à accentuer. Une telle accentuation était à interpréter plus comme une inscription dans un rôle de malade et de volonté d'être reconnue dans ce statut et non comme une production volontaire de symptômes.

dd) L'experte psychiatre a par ailleurs procédé à des tests psychologiques. L'évaluation selon l'échelle HADS (Échelle d'évaluation de l'anxiété et de la dépression), a donné un score de 18 pour les items relatifs à l'anxiété et de 15 pour ceux concernant la dépression, alors qu'un score plus élevé que 11 (sur 21) indiquait une pathologie certaine du registre de l'anxiété ou de la dépression. Quant à l'échelle d'évaluation

de la dépression de Hamilton, elle a fait état d'un score de 22, ce qui correspondait à une symptomatologie dépressive moyenne (16-26).

ee) Compte tenu notamment de ces différents éléments, la Dre B._____ a retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec symptômes somatiques (F32.11).

Elle a précisé à cet égard s'être fondée sur les ouvrages diagnostiques de référence (CIM et DSM), qui classent les troubles affectifs selon des critères de sévérité de l'éventualité d'une récurrence et d'une éventuelle alternance entre des phases d'élévation et d'abaissement de l'humeur. Pour la CIM-10, l'épisode dépressif répond aux caractéristiques qui sont définies aux lettres B et C de la description diagnostique. La lettre B mentionne ainsi une première catégorie d'items qui peuvent être qualifiés de cardinaux : il s'agit de l'humeur dépressive la plupart du temps tous les jours et au moins pendant deux semaines (1), de la diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour les activités habituellement agréables (2) et de la réduction de l'énergie et de l'augmentation de la fatigabilité (3). La lettre C fait état d'une seconde catégorie de symptômes, à savoir la perte de confiance en soi ou de l'estime de soi (1), les sentiments injustifiés de culpabilité (2), les pensées récurrentes de mort (3), la diminution de l'aptitude à penser et à se concentrer (4), la modification de l'activité psycho-motrice (5), les troubles du sommeil (6) et la modification de l'appétit avec une variation de poids conséquente (7). C'est ainsi le nombre et l'intensité des signes et symptômes présents qui permettent d'apprécier la sévérité d'un épisode dépressif, qui est classée en légère, moyenne et sévère : en particulier, un épisode dépressif moyen suppose la présence d'au moins deux des trois items énumérés à la lettre B et la présence de plusieurs items de la lettre C pour atteindre un total d'au moins six items en tout, alors qu'un épisode dépressif sévère requiert la présence des trois items de la lettre B ainsi que plusieurs items de la lettre C pour atteindre un total d'au moins huit items en tout.

Dans le cas de l'assurée, on retrouvait, selon l'experte psychiatre, deux des symptômes cardinaux d'un épisode dépressif (lettre B), à savoir la tristesse et la diminution de l'intérêt du plaisir, cela la plupart du temps, tous les jours et depuis plusieurs mois à la date de l'expertise. Elle a par ailleurs mentionné au titre des critères de la lettre C, une diminution de l'estime de soi, des troubles du sommeil, des difficultés à penser et à se concentrer ainsi que des pensées récurrentes de mort, qui avaient cependant nettement diminué.

Pour le reste, la Dre B. _____ a exclu l'existence d'un autre trouble affectif franc (trouble dépressif récurrent, trouble bipolaire) ou d'un trouble anxieux (anxiété généralisée, trouble panique, phobies, obsessions et compulsions, état de stress post-traumatique). Il n'existait pas non plus d'arguments laissant supposer des problèmes en lien avec les substances psychoactives ou les conduites alimentaires, ni encore un trouble psychotique ou une atteinte cérébro-organique.

ff) En l'occurrence, contrairement à ce que soutient la recourante, l'experte psychiatre a exposé de manière suffisamment précise et détaillée le raisonnement l'ayant conduite à retenir un épisode dépressif de gravité modérée.

En tout état, en tant que la recourante se prévaut du rapport médical établi le 14 janvier 2024 par le Dr M. _____ - dans lequel ce dernier retient le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) -, on observera que la nature des troubles affectifs et les descriptions cliniques évoquées dans ce rapport sont globalement superposables à celles déjà mentionnées par la Dre B. _____, tout comme d'ailleurs la description de la journée-type, qui est semblable. Ni le psychiatre traitant ni l'experte psychiatre ne retrouve par ailleurs chez la recourante de troubles de l'orientation, de la conscience, de l'attention et de la mémoire, ni encore de trouble psychotique ou de cours de la pensée, alors que tous deux ont en revanche constaté un certain ralentissement ainsi qu'un contenu de la pensée porté sur une thymie triste, des pleurs, des sentiments d'inutilité et d'incapacité de même que des pensées

centrées sur les douleurs. La recourante a d'ailleurs fait état auprès des deux psychiatres des mêmes particularités nyctémérales, décrivant la présence matinale des symptômes et leur persistance dans la suite de la journée.

Cela étant, comme l'a observé le SMR dans son avis du 13 février 2024, l'appréciation du Dr M._____ procède bien d'une interprétation différente d'une même situation médicale. Si le médecin précité est certes parvenu pour sa part à la conclusion que la quasi-intégralité des critères selon le CIM-10 était présente chez la recourante, il est néanmoins rappelé que ce n'est pas en tant que telle l'accumulation du nombre de symptômes qui est décisive pour définir le degré de gravité du trouble dépressif, mais bien l'évaluation par le psychiatre de la gravité intrinsèque de chacun de ces symptômes. Or la Dre B._____ a exposé de manière convaincante en quoi les symptômes présentés par la recourante conduisaient à retenir un épisode dépressif de caractère modéré au regard des critères déterminants selon l'évaluation décrite dans le CIM-10, dont les résultats concordaient d'ailleurs avec ceux qui avaient été déduits de l'échelle de Hamilton mais qui n'avaient pas servi directement à poser le diagnostic. Dans ce contexte, il n'apparaît pas nécessaire de compléter l'instruction en interpellant l'experte psychiatre pour qu'elle précise les scores séquentiels auxquels elle est parvenue au moment d'évaluer le cas de la recourante à l'aune de l'échelle de Hamilton.

On observera de surcroît que, contrairement au Dr M._____, l'experte psychiatre s'est également attachée à décrire la présence de ressources chez l'expertisée en se référant à cet égard aux critères d'évaluation contenus dans le test Mini CIF-APP. Il en ressortait en particulier que, si la recourante était limitée dans ses capacités d'adaptation, de résistance au stress, de proactivité et d'affirmation de soi et par ailleurs diminuée s'agissant de ses capacités relationnelles, elle demeurerait néanmoins en mesure de prendre soin d'elle, de se prendre en charge, de faire usage de ses connaissances ainsi que de planifier et de structurer ses tâches. Ces différents éléments ne plaident pas en faveur d'un trouble dépressif qui puisse être qualifié de sévère.

gg) Dans ce contexte, il apparaît que l'intimé pouvait valablement tenir pour probant le rapport d'expertise psychiatrique réalisée par la Dre B._____.

c) La recourante ne revient par ailleurs pas sur les constats opérés par les experts sur le plan somatique.

aa) A cet égard, il suffit de relever que, comme l'a également observé le SMR, les conclusions claires auxquelles sont parvenus les experts somaticiens reposent sur une prise en compte intégrale du dossier médical, les plaintes de la recourante ayant été considérées et pondérées par rapport aux observations cliniques objectives.

En particulier, les différents diagnostics posés par les experts somaticiens sont discutés et détaillés. Dans le cadre de leur rapport, ceux-ci ont tous fait état d'une discordance entre, d'une part, l'intensité des douleurs ressenties et, d'autre part, les constatations cliniques objectives et un fonctionnement quotidien globalement poursuivi.

bb) Sur le plan rhumatologique en particulier, le Dr N._____ a retenu les diagnostics de fibromyalgie, de lombalgies communes persistantes sur status après hernie discale L4-L5 opérée le 17 juin 2020, de coccygodynie avec instabilité de la dernière pièce coccygienne, de tendinopathie du supra-épineux bilatérale avec conflit sous-acromial bilatéral et bursite sous-acromiale bilatérale, de gonarthrose tri-compartmentale, prédominant à gauche au niveau fémoro-tibial interne et enfin d'arthrose trapézo-métacarpienne gauche débutante.

L'expert rhumatologue a précisé que l'arthrose acromio-claviculaire ne devait pas être prise en compte car elle était très banale et observée sur quasiment toutes les IRM des patients âgés de plus de 50 ans, tout comme les signes d'insertionnite péri-trochantérienne bilatérale et d'enthésopathie ossifiante du tendon d'Achille, qui sont décrites comme des anomalies banales et régulièrement constatées sur les examens

d'imagerie effectués chez des personnes de l'âge de l'expertisée ; le Dr N. _____ a précisé que les douleurs concernant les mains, hanches, chevilles et pieds étaient plutôt à intégrer au syndrome douloureux chronique fibromyalgique qu'à des atteintes spécifiques. Quant aux atteintes ostéoarticulaires, elles étaient décrites comme stables depuis la dernière décision rendue par l'OAI, si ce n'est la gonarthrose du genou gauche qui avait présenté une évolution en 2022.

Par ailleurs, le Dr N. _____ a recommandé la poursuite du traitement fonctionnel, notamment au moyen d'antalgique et d'anti-inflammatoire, l'exercice d'une activité physique régulière et des soins de support (hypnose, acupuncture, etc.).

cc) Sur le plan neurologique, le Dr Q. _____ a retenu les diagnostics de cervicalgies communes et de lombalgies, sans toutefois faire état d'anomalies au status clinique ni d'éléments d'imagerie qui montreraient une atteinte des structures nerveuses. Il a également posé le diagnostic de céphalées psychogènes, celui-ci s'inscrivant toutefois dans le cadre d'un trouble douloureux chronique diffus.

dd) Enfin, sur le plan de la médecine interne, le Dr I. _____ n'a pas constaté d'atteintes durablement incapacitantes dans la sphère internistique, en particulier concernant les autres systèmes d'organes (digestifs, respiratoires, cardiologiques).

d) Procédant à leur évaluation consensuelle, les experts ont en définitive retenu les limitations fonctionnelles suivantes, formulées comme telles par le SMR dans son avis du 17 novembre 2023, à savoir sur le plan somatique : « favoriser activité légère, essentiellement en position assise avec possibilité de changer de position, activité simple qui serait à hauteur d'établi, sans activité lourde, éviter les activités prolongées avec bras au-dessus de l'horizontale, ou avec les bras en porte à faux, les ports de charges de plus de 5 kg surtout en porte-à-faux, de manière prolongée ou répétitive, éviter les activités en porte à faux prolongées et/ou répétitives du rachis, la station assise prolongée de plus de 1 à 2h sans possibilité de

bouger, pas d'activités accroupies, à genoux, pas d'activités répétitives et/ou prolongées avec flexion-extension des genoux » ; et sur le plan psychiatrique : « diminution de la flexibilité mentale et des capacités d'adaptation, sensibilité au stress, difficulté à être proactive, baisse des capacités d'affirmation de soi, diminution des capacités relationnelles avec des tiers ou dans l'intégration dans une groupe, favoriser activité sans fortes pressions de rendement ».

Sur cette base, les experts ont considéré que la recourante disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, compte tenu d'une baisse de rendement de 20 %.

e) Cela étant, on ne distingue pas d'éléments médicaux propres à remettre en cause les constats opérés par l'expertise, qui s'avère probante.

On relèvera finalement que le recourant n'a produit aucun nouveau rapport médical attestant d'une péjoration de son état de santé - en particulier psychique - au stade de la présente procédure.

L'intimé pouvait ainsi valablement retenir, sur la base de cette expertise, que la recourante présentait une capacité de travail de 80 % (100 % avec baisse de rendement de 20 %) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites ci-avant.

9. a) Sur le plan économique, la recourante n'émet aucune critique. À juste titre, comme nous le verrons ci-dessous.

b) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à

défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

c) En l'occurrence, l'OAI a procédé au calcul du taux d'invalidité de la recourante en tenant compte, pour le revenu sans invalidité, des données salariales statistiques découlant de l'ESS 2022 (TA1_skill_level, Activités de services administratifs, niveau de compétence 1, femme), adaptées à une semaine de travail de 41,7 heures et ramenées à 95 % dans la mesure où le revenu effectivement réalisé par la recourante avant la survenance de l'invalidité était inférieur de plus de 5 % aux valeurs déduites de l'enquête statistique (cf. art. 26 al. 2 RAI).

Pour le revenu avec invalidité, l'intimé s'est référé aux données salariales statistiques découlant de l'ESS 2022, adaptées à une semaine de travail de 41,7 heures, pour une femme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services, et ramenée à 80% compte tenu de la capacité de travail de la recourante. L'autorité intimée a estimé que la recourante était en mesure d'exercer un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple dans le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, comme ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ou dans le conditionnement (cf. « calcul du degré d'invalidité » du 29 novembre 2023).

Contrôlés d'office, les paramètres de calculs présentés dans la décision attaquée ne prêtent pas le flanc à la critique et doivent être confirmés. La comparaison des revenus aboutit en l'espèce à un degré d'invalidité de 9.18 %. L'abattement automatique de 10 % appliqué au revenu avec invalidité conformément à l'art. 26^{bis} al. 3 RAI, dans sa teneur entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2024, laisse quant à lui apparaître un taux d'invalidité de 18,26 %.

d) Au vu du degré d'invalidité présenté par la recourante, le droit à une rente d'invalidité n'est pas ouvert (art. 28 LAI).

10. En conclusion, il n'existe aucun changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité de la recourante, singulièrement son droit à une rente d'invalidité, depuis la dernière décision de refus du 15 novembre 2021 entrée en force. Ainsi, l'intimé était légitimé à se baser sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire de la Clinique V._____ du 30 octobre 2023, ainsi que sur les avis SMR des 17 novembre 2023 et 13 février 2024 pour rejeter la demande de prestations du 28 avril 2022 de la recourante.

11. Le dossier étant complet et ayant permis à la Cour de céans de statuer, les reproches de la recourante à l'adresse de l'intimé quant à un défaut d'instruction sur le plan médical s'avèrent par conséquent mal fondés. Il sied dès lors de rejeter la requête de la recourante tendant à la

mise en œuvre, par l'intimé, d'une nouvelle expertise sur le plan psychiatrique, par appréciation anticipée des preuves (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 et les références citées).

12. 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 des prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 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
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 13 février 2024 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 P._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Procap, Service juridique, pour P. _____,
- 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).

Le greffier :