

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 novembre 2025

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
M. Piguet et Mme Livet, juges  
Greffier : M. Heufemann Aviles

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**H.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Procap Suisse, à Bienne,

et

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

---

**Art. 87 al. 2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** H.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], ressortissante érythréenne en Suisse depuis 2003, mère de trois enfants nés en [...], [...] et [...], sans formation qualifiante, a œuvré ponctuellement à raison de quelques heures par semaine dans le domaine du nettoyage.

Le 15 mars 2018, elle a adressé un formulaire de détection précoce de l'assurance-invalidité, en faisant état d'une maladie rhumatologique inflammatoire existant depuis 2014. Dans le cadre de cette demande, l'intéressée a produit plusieurs rapports de sa rhumatologue traitante, la Dre N.\_\_\_\_\_. En particulier, dans un rapport du 15 janvier 2018, cette médecin indiquait que la maladie touchait surtout les mains et les pieds de l'assurée, la rendant incapable de travailler pendant trois mois au moins. Dans un rapport du 27 février 2018, elle a retenu les diagnostics de connectivite mixte (polyarthrite initiale non érosive et anti-CCP et FR, ANA, anti-SSA positifs) et a évoqué une composante de syndrome de Sjögren, estimant que l'ensemble de la situation génèrait une incapacité de travail de durée indéterminée (cf. également rapport du 2 février 2018).

L'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 19 avril 2018, en faisant derechef état d'une maladie rhumatologique inflammatoire existant depuis 2014.

Dans un formulaire de détermination du statut du 19 juin 2018, l'assurée a indiqué que, si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle travaillerait, depuis 2015, à un taux de 80 % et que les 20 % restant seraient consacrés à l'éducation de ses enfants et à la tenue de son ménage.

Dans un rapport du 17 août 2018, la Dre N.\_\_\_\_\_ a fait état d'une incapacité de travail totale tant dans l'activité habituelle que dans

une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient la position debout prolongée, la marche, le port de charge et la manipulation d'objets de plus de 2 kg de manière répétitive.

Par rapport du 30 janvier 2019, la Dre N.\_\_\_\_\_ a indiqué que la capacité de travail était toujours nulle dans l'activité de nettoyeuse, mais qu'elle était de 10 % dans une activité adaptée dès la date de rédaction du rapport, cette activité ne devant pas exiger de mouvements répétitifs des poignets, de positions prolongées, ni de port répétitif de charges de plus de 500 g. Il était à craindre que la capacité de travail ne puisse pas s'améliorer, l'assurée étant sans formation professionnelle et étant principalement active comme ménagère.

Par rapport du 24 mars 2020, la Dre N.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de connectivite mixte, avec polyarthrite érosive, anti-CCP et FR positifs, syndrome sec, ANA et anti-SSA positifs, ainsi que celui de maladie de Verneuil. Les limitations fonctionnelles étaient les mouvements répétitifs des mains (couper des légumes, hacher et porter des casseroles devenait rapidement douloureux), le port répétitif de charges supérieures à 2 kg, la position debout prolongée et la marche durant plus d'une heure par jour. Lors de la marche à l'extérieur, l'assurée présentait rapidement des douleurs, un manque de force et une réapparition des synovites. L'état inflammatoire avait nettement diminué, mais cela ne permettait pas de sollicitations mécaniques plus importantes que ce que l'assurée effectuait dans son ménage. La Dre N.\_\_\_\_\_ a joint un rapport d'IRM du poignet droit du 26 septembre 2017, concluant à la présence d'un kyste sur la face palmo-radiale du poignet, d'une arthropathie inflammatoire chronique active du poignet, ainsi que d'une légère ténosynovite du fléchisseur radial du carpe et plus discrètement des tendons de la première coulisse.

Le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a communiqué à l'OAI le 2 juillet 2020 que l'assurée présentait une maladie de Verneuil et une connectivite indifférenciée avec polyarthralgies. Les limitations fonctionnelles étaient une baisse de la vue, une capacité physique limitée

et l'absence de port de charges. Il a estimé que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 60 %. Il a précisé n'avoir vu l'assurée qu'une seule fois, en date du 14 mai 2020.

Sur mandat de l'OAI, une expertise a été mise en œuvre auprès de C. \_\_\_\_\_ SA, plus précisément des Drs G. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, V. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et endocrinologie-diabétologie, et X. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 9 décembre 2020, les experts ont retenu notamment ce qui suit :

**« 4.2. Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail**

*Diagnostics avec impact sur la capacité de travail :*

- Syndrome lupique avec facteurs rhumatoïdes positifs et atteinte inflammatoire des mains et des pieds se traduisant par des images multi géodiques sur les radios, M32.8
- Syndrome fémoro-patellaire bilatéral, M22.2

*Diagnostics sans impact sur la capacité de travail :*

- Pied plat valgus bilatéral
- Maladie de Verneuil depuis des années devenue importante en 2009 et nécessitant de fréquentes cures par antibiotiques, L08.9
- Strabisme opéré tardivement avec perte pratiquement complète de la vision de l'œil droit, H50.9 et H54.5

**4.3. Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles**

Limitations fonctionnelles : changement de position régulier, pas de position à genoux ou accroupie, éviter de monter ou de descendre les escaliers de façon répétée, pas de travail en hauteur (échelle, escabeau, tabouret, échafaudage), pas d'effort en pronosupination et préhension répétée et forcée des deux mains.

[...]

**4.7. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici**  
0% depuis mai 2015.

**4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée**

0% depuis mai 2015, diagnostic de la maladie. L'évolution s'est ensuite traduite par une instabilité de la maladie et des modifications thérapeutiques jusqu'à janvier 2019 où la pathologie peut être considérée comme stable sous Mabthera.

70% soit 100% avec baisse de rendement de 30% depuis janvier 2019 et la constatation de la stabilisation de la maladie après introduction du Mabthera. Du fait du caractère inflammatoire de la pathologie nécessité de changer de position régulièrement.

**4.9. Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail**

**partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)**

La motivation de l'incapacité de travail est uniquement d'origine rhumatologique.

**4.10. Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail**

Sous traitement actuel, l'état semble s'être stabilisé, puisque l'examen clinique ne montre pas d'atteinte articulaire majeure. Le traitement doit donc se poursuivre.

Concernant la maladie de Verneuil, la thérapie est adéquate, avec cure d'antibiotiques lors des poussées. Il n'y a pas de traitement de fond permettant d'empêcher le développement de ces abcès.

En cas de péjoration de son état psychique, une reprise de suivi psychiatrique intégré peut être indiquée. »

Par projet de décision du 19 janvier 2021, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2018 au 31 mars 2019. Il a retenu qu'elle avait un statut d'active à 80 % et de ménagère à 20 % et qu'elle avait présenté une incapacité de travail et de gain totale dans toute activité lucrative du 1<sup>er</sup> mai 2015 au 31 décembre 2018. Dans la mesure où l'invalidité présentée dans la part active ouvrait à elle seule le droit à une rente entière, il n'avait pas procédé à l'évaluation des empêchements rencontrés dans l'accomplissement des tâches ménagères. L'OAI a considéré que l'assurée avait retrouvé à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 30 %. Se référant aux données salariales statistiques tant pour le revenu de valide que d'invalidé, il a calculé que le préjudice économique de l'assurée était de 30 %. En ce qui concerne la part ménagère, il a relevé qu'il faudrait que les empêchements soient au moins de 80 % pour ouvrir le droit à la rente minimum et que tel ne semblait pas être le cas au vu des pièces du dossier.

L'assurée a fait part de ses observations sur le projet de décision de l'OAI le 18 février 2021. A cette occasion, elle a fourni un rapport du 17 février 2021 de la Dre N.\_\_\_\_\_. Dans ce document, la Dre N.\_\_\_\_\_ indiquait que l'intéressée ne présentait plus d'arthrite clinique et que les paramètres biologiques s'étaient normalisés. La Dre N.\_\_\_\_\_ a toutefois précisé que la maladie de base diminuait nettement la force des mains et que les mouvements répétitifs ainsi que le

port de charge faisaient réapparaître les douleurs. La Dre N.\_\_\_\_\_ a ajouté qu'une capacité de travail dans une activité adaptée, avec manipulations et ports de charges répétitifs de moins de 2 kg n'était pas envisageable à plus de 30 % et qu'un travail sur clavier serait moins sollicitant mais que la capacité de travail dans une telle activité méritait d'être évaluée de manière progressive. La Dre N.\_\_\_\_\_ a encore estimé que seule une activité sans sollicitation des mains pourrait être envisagée au taux de 70 % retenu par l'expert rhumatologue.

L'OAI a, par décision du 20 juillet 2021, octroyé à l'assurée une rente entière limitée dans le temps, du 1<sup>er</sup> octobre 2018 au 31 mars 2019, reprenant les termes de son projet de décision.

**B.** Par acte du 8 septembre 2021, l'assurée a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Ce recours a été rejeté par arrêt du 2 juin 2022 (CASSO AI 312/21 - 168/2022) de la Cour des assurances sociales. En bref, la Cour a validé les conclusions de l'expertise du 9 décembre 2020, lui reconnaissant une pleine valeur probante, et a confirmé le droit à une rente entière d'invalidité jusqu'au 31 mars 2019, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé de l'assurée.

Statuant le 11 avril 2023 (TF 9C\_347/2022), le Tribunal fédéral a rejeté le recours interjeté par l'assurée le 8 juillet 2022 et confirmé l'arrêt cantonal du 2 juin 2022.

**C.** Dans l'intervalle, par courrier du 1<sup>er</sup> mars 2023, l'assurée a adressé une nouvelle demande de prestations à l'OAI. En annexe, elle a produit un rapport final établi par la R.\_\_\_\_\_ le 24 janvier 2023 dans le cadre d'une mesure d'évaluation du potentiel de réinsertion sous la forme d'un stage à 50 % dans un poste d'auxiliaire dans l'accueil d'enfants auprès de l'APEMS de [...]. Il y était indiqué que la mesure, qui devait se dérouler du 9 janvier au 27 janvier 2023, avait dû être interrompue le 20

janvier 2023 dans la mesure où l'intéressée s'était plainte de douleurs physiques (mains qui gonflent, douleurs aux jambes et dans l'ensemble du corps) qui ne lui permettaient pas de poursuivre ladite mesure.

Le 3 mars 2023, l'OAI a informé la recourante qu'il serait donné suite à sa demande dès la fin de la procédure de recours auprès du Tribunal fédéral.

Par courrier non daté et envoyé le 4 mars 2024 à l'OAI, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations se prévalant d'une modification des dispositions relatives au calcul du degré d'invalidité pour solliciter un nouvel examen de son droit aux prestations.

Par courrier du 30 avril 2024, l'OAI a indiqué à l'assurée que le changement de législation n'avait pas d'incidence sur son droit aux prestations. L'OAI avait procédé à un nouveau calcul déterminant le taux d'invalidité de l'assurée à 37 %, soit un taux inférieur au seuil de 40 % ouvrant droit à une rente. Pour le reste, l'OAI a relevé que, si elle souhaitait que son droit à des prestations soit réexaminé, l'assurée avait la faculté de déposer le formulaire de nouvelle demande, son attention étant attirée sur le fait qu'il lui appartenait de rendre plausible une modification de son degré d'invalidité.

Par courrier du 23 mai 2024, l'assurée a rappelé à l'OAI qu'elle avait déposé une nouvelle demande le 1<sup>er</sup> mars 2023 en raison d'une aggravation de son état de santé.

Le 31 mai 2024, l'assurée a déposé le formulaire de nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, invoquant une polyarthrite rhumatoïde séropositive et un syndrome de Sjögren associé depuis mai 2015.

Par courrier du 3 juin 2024, l'OAI a notamment fait savoir à l'intéressée que le dossier serait examiné sur la base de la nouvelle demande déposée le 1<sup>er</sup> mars 2023.

Par rapport du 10 juillet 2024 à l'OAI, le Dr M. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de polyarthrite rhumatoïde séropositive non érosive associée à un syndrome de Sjögren secondaire diagnostiqué en mai 2015 avec synovite du poignet droit et des deux premiers rayons de la main droite. Le Dr M. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de sa patiente s'était détérioré depuis le mois de janvier 2023, la fréquence et l'intensité des douleurs articulaires ayant significativement augmenté ; l'intéressée avait d'ailleurs dû interrompre son stage d'évaluation du potentiel de réinsertion après deux semaines, malgré la majoration du traitement de Prednisone *per os* conjointe au traitement rhumatologique bien conduit. Le Dr M. \_\_\_\_\_ a ajouté que la capacité de travail exigible était de 40 % à 50 % dans une activité adaptée, limitée à une durée quotidienne de 4 heures environ et sans port de charge. Le Dr M. \_\_\_\_\_ a encore estimé que du point de vue rhumatologique, l'évolution était stagnante depuis 2023, avec des fluctuations.

Le 12 juillet 2024, l'assurée a transmis à l'OAI un rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 19 juin 2024, dont le contenu était pour l'essentiel identique à celui du rapport du 10 juillet 2024, ajoutant qu'à l'époque où l'assurée avait interrompu son stage en janvier 2023, il y avait également eu une recrudescence de la Maladie de Verneuil.

Par compte-rendu du 10 septembre 2024, le SMR a estimé que l'assurée n'avait pas apporté d'éléments nouveaux modifiant les limitations fonctionnelles déjà retenues dans la précédente décision.

Par projet de décision du même jour, l'OAI a informé l'intéressée de son intention de ne pas entrer en matière sur sa demande du 3 mars 2024, dès lors que l'examen du dossier ne montrait aucun changement.

Par courrier du 11 octobre 2024, l'assurée a fait part de ses objections à l'encontre du projet de décision susmentionné. Elle a fait valoir, en résumé, que l'OAI avait insuffisamment tenu compte des

éléments contenus dans le rapport d'évaluation de la R. \_\_\_\_\_ du 24 janvier 2023, notamment du constat qu'elle n'était pas employable sur le marché ordinaire du travail, et dans le rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 19 juin 2024, notamment de la limitation de son temps de présence à 4 heures, ce qui constituait une nouvelle limitation fonctionnelle. L'intéressée s'est, de surcroît, prévalué d'un droit à des mesures professionnelles et à une rente partielle eu égard à la prise en compte de ses empêchements ménagers.

Par avis du 8 novembre 2024, le SMR a estimé que l'assurée n'avait pas apporté d'éléments médicaux objectifs rendant plausible une aggravation durable de son état de santé par rapport à la précédente décision dans laquelle une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 30 % dans une activité adaptée avaient été retenues. Le SMR a retenu que la symptomatologie subjective douloureuse ainsi que les traitements à base d'immunomodulateur, plaquenil et corticothérapie étaient similaires.

Par décision du 11 novembre 2024, l'OAI a confirmé son refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande du 3 mars 2024 [recte : 1<sup>er</sup> mars 2023].

Par courrier du 28 novembre 2024, l'assurée a invoqué une violation de son droit d'être entendue eu égard à la prise en compte de ses empêchements ménagers sur laquelle la décision ne se prononçait pas. Elle a de surcroît produit un rapport du 25 octobre 2024 de la Dre B. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et cheffe de clinique au Service rhumatologie du T. \_\_\_\_\_ (ci-après : le T. \_\_\_\_\_). Dans ce document, la Dre B. \_\_\_\_\_ répondait ainsi au courriel de l'assurée :

**« Question : La patiente présente-t-elle des limitations fonctionnelles majeures/différentes en plus des limitations déjà connues ?**

Suite à la dernière évaluation en rhumatologie, en date du 30.09.2024 réalisée par une de mes collègues, la patiente décrit la persistance d'arthralgie des poignets et des doigts ainsi que des

membres inférieurs, limitant la marche et responsable de difficultés pour passer de la position assise à debout, ainsi que des talalgies bilatérales. Depuis le sevrage de la Prednisone cet été, les douleurs sont légèrement plus intenses.

Ainsi, en plus des limitations fonctionnelles majeures déjà mentionnées, la position debout et le piétinement sont à éviter, de même que le port de charge lourde > 4 à 5 kg et les mouvements minutieux et/ou répétés des mains et des poignets.

De plus, en raison de ses douleurs chroniques, il existe un impact global avec une fatigue, pouvant limiter le temps de présence et justifiant de favoriser des périodes de repos. »

Par courrier du 3 décembre 2024, l'OAI a informé l'assurée du retrait de sa décision du 11 novembre 2024 et de la reprise de l'examen du dossier.

Par décision du 12 décembre 2024, l'OAI a maintenu son refus d'entrer en matière sur la demande du 3 mars 2024 [recte : 1<sup>er</sup> mars 2023] de l'assurée.

Dans une prise de position du même jour, l'OAI a indiqué avoir renoncé à effectuer une enquête ménagère compte tenu du fait que l'assurée aurait dû présenter des empêchements de l'ordre de 50 % pour ouvrir un droit à la rente. L'OAI a ajouté que ces éléments avaient par ailleurs déjà été relevés par la Cour des assurances sociales. L'OAI a également relevé que le rapport de la Dre B.\_\_\_\_\_ du 25 octobre 2024 n'apportait pas d'éléments médicaux objectifs rendant plausible une aggravation durable de l'état de santé de l'assurée.

**D.** Par acte du 30 janvier 2025, H.\_\_\_\_\_, représentée par Procap, a interjeté recours auprès de la Cour des assurance sociales du Tribunal cantonal. Elle a conclu à l'annulation de la décision du 12 décembre 2024 et à ce qu'il soit entré en matière sur sa nouvelle demande. La recourante a, dans un premier grief, reproché à l'intimé de n'avoir pas suffisamment pris en compte le rapport de la R.\_\_\_\_\_ du 24 janvier 2023. Dans un second grief, l'intéressée s'est plainte de l'appréciation faite par l'OAI selon laquelle sa situation médicale serait semblable à celle prévalant au moment de l'expertise du 9 décembre

2020 dès lors que ses médecins traitants avaient mis en évidence des éléments nouveaux, tels qu'une augmentation des douleurs, une incapacité de travail conséquente ainsi que de nouvelles limitations fonctionnelles, qui suffisaient à rendre plausible une aggravation de son état de santé. Dans un troisième grief, elle a critiqué l'absence d'enquête ménagère dès lors que les nouvelles limitations fonctionnelles invoquées avaient eu un impact sur ses activités ménagères. La recourante a, de surcroît, sollicité l'assistance judiciaire, limitée à l'exonération des avances et des frais, qui lui a été accordée par ordonnance de la juge instructrice du 11 février 2025.

Par réponse du 17 mars 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée.

Par réplique du 9 avril 2025, la recourante a repris ses précédents arguments et ajouté que le rapport du 25 octobre 2024 de la Dre B.\_\_\_\_\_ - qui n'avait pas été soumis à l'examen du SMR - comportait des éléments suffisants pour rendre plausible une aggravation de l'état de santé.

Par duplique du 8 mai 2025, l'OAI a maintenu sa position et s'est, en particulier, référé à un avis SMR du 17 avril 2025, exposant que les éléments retenus dans le rapport de la Dre B.\_\_\_\_\_ du 25 octobre 2024 reprenaient des doléances subjectives de l'assurée en lien avec ses arthralgies du poignet et des doigts ainsi que des membres inférieurs, éléments qui étaient connus de longue date et avaient été pris en compte dans l'expertise du 9 décembre 2020. Le SMR a relevé que la Dre B.\_\_\_\_\_ n'expliquait pas en quoi il y avait eu une aggravation de l'état de santé de l'assurée et a constaté que la fatigue avait été prise en compte en retenant une baisse de rendement de 30 % dans une activité adaptée.

**E n d r o i t :**

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

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes de fin d'année (cf. art. 38 al. 4 let. c LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. 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<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale pour les demandes de révision concernant les assurés âgés de moins de 55 ans au 1<sup>er</sup> janvier 2022, 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). La date de l'éventuelle modification déterminante est arrêtée en fonction de l'art. 88a RAI. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, l'ancien droit reste applicable. Si cette date est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (TF 8C\_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

**b)** En l'occurrence, la décision litigieuse, rendue le 12 décembre 2024, fait suite à une nouvelle demande de prestations déposée le 1<sup>er</sup> mars 2023. La Cour de céans appliquera par conséquent le nouveau droit en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

**3.** Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante du 1<sup>er</sup> mars 2023.

**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). En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %.

**5. a)** 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). 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).

Par dernier examen matériel du droit à la rente, il faut entendre la dernière décision entrée en force rendue avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71).

**b)** Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPG), 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).

**c)** Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une demande de révision, 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. Cette limitation du pouvoir d'examen du juge ne s'applique toutefois pas si l'administration a omis d'impartir un délai à la personne assurée pour produire les pièces pertinentes auxquelles il s'était référé dans sa demande (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 et 6 ; TF 9C\_555/2023 du 15 avril 2024 consid. 4.2).

**6.** En l'espèce, il convient de se limiter à examiner si la recourante, dans ses démarches auprès de l'office intimé jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis la précédente décision, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 12 décembre 2024 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 20 juillet 2021, confirmée par la Cour de céans le 2 juin 2022 et par le Tribunal fédéral le 11 avril 2023.

**a)** Il ressort des arrêts rendus par la Cour des assurances sociales et par le Tribunal fédéral qu'en raison d'un syndrome lupique avec facteurs rhumatoïdes positifs avec atteinte inflammatoire des mains et des pieds (M32.8) et d'un syndrome fémoro-patellaire bilatéral (M22.2), l'assurée ne pouvait plus reprendre son ancienne activité d'employée de nettoyage, qui ne respectait pas ses limitations fonctionnelles - à savoir un changement de position régulier, l'absence de position à genoux ou accroupie, le fait d'éviter de monter ou de descendre les escaliers de façon répétée, l'absence de travail en hauteur (sur une échelle, un escabeau, un tabouret ou un échafaudage), ainsi que l'absence d'effort en pronosupination et préhension répétée et forcée des deux mains. Cependant, dès janvier 2019, elle pouvait exercer une activité légère adaptée à 100 % avec une baisse de rendement de 30 %.

**b)** A l'appui de sa nouvelle demande, la recourante a produit un rapport final établi par la R. \_\_\_\_\_ le 24 janvier 2023, dont il ressort que l'employabilité de l'intéressée n'a pas pu être confirmée lors du stage

effectué en raison de sa situation de santé non stabilisée et de ses douleurs constantes. Ledit rapport indiquait notamment ce qui suit :

« Adaptation du poste aux limitations de santé : en principe oui, mais en réalité non.

Evaluation : Madame H. \_\_\_\_\_ nous contacte le 20.01.23 pour nous informer avoir trop de douleurs physiques et ne pas pouvoir poursuivre (mains qui gonflent, douleurs aux jambes et dans l'ensemble du corps). Selon elle, les activités du stage sont pleinement adaptées à ses limitations de santé (pas de charges, alternance des positions possible), mais ses douleurs invalidantes constantes ne lui permettent pas de poursuivre. Elle va retourner voir son médecin généraliste prochainement pour demander un certificat d'incapacité de travail à 100% car, pour l'instant, Madame n'arrive pas à se projeter dans un travail.

Les retours de la responsable du stage sont positifs. Madame H. \_\_\_\_\_ s'est occupée de faire les trajets avec les enfants, mettre la table, faire le service, participer aux activités avec les enfants (jeux), effectuer des petites tâches ménagères (éponger les tables). Dès la deuxième semaine de stage, la responsable s'est rendu compte que Madame H. \_\_\_\_\_ souffrait. Cette dernière n'a rien dit, mais cela se voyait sur son visage. Ses points forts : à l'écoute, douce, fiable. Une personne sur qui l'on peut compter, elle prend des initiatives et pose des questions. La responsable précise que Madame H. \_\_\_\_\_ est vraiment motivée et elle a envie de travailler mais son corps la freine dans sa volonté. Ses points d'amélioration : le français qui a entraîné certaines incompréhensions et sa situation de santé.

Cible validée : non, au regard des nombreuses douleurs de Madame H. \_\_\_\_\_ . »

Cette pièce, émise par des spécialistes en réinsertion, ne constitue toutefois pas une pièce médicale, de sorte qu'à elle seule, elle n'a pas de valeur probante pour constater une éventuelle aggravation de l'état de santé. A cet égard, il convient de souligner qu'il appartient au médecin de porter un jugement sur l'état de santé et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2, 125 V 256 consid. 4 et les références citées ; TF 9C\_605/2020 consid. 5.4). C'est pourquoi les appréciations des médecins l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne concernée pendant le stage (TF 8C\_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2 et la référence citée). Il convient de rappeler que le rôle du médecin est d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler en se

fondant sur des constatations médicales et objectives, soit des observations cliniques qui ne dépendent pas uniquement des déclarations de l'intéressée, mais sont confirmées par le résultat des examens cliniques et paracliniques (TF 8C\_96/2021 consid. 4.3.1). Or, en l'espèce, les limitations relevées en cours de stage n'ont pas été confirmées par des constatations médicales objectives ni par des observations objectives des accompagnants constatant l'incapacité à effectuer certaines tâches mais résultent uniquement d'éléments subjectifs liés aux plaintes douloureuses de l'intéressée. De plus, il est indiqué que le poste n'était finalement pas adapté aux limitations fonctionnelles de cette dernière.

Le grief formulé par la recourante à cet égard s'avère ainsi infondé. Pour le reste, on notera que contrairement à ce que soutient la recourante, le rapport de la R. \_\_\_\_\_ a effectivement été pris en compte par le SMR dans son appréciation. Cela ressort expressément de l'avis SMR du 8 novembre 2024 qui a retenu que ledit rapport ne comportait pas d'élément médical susceptible de remettre en doute la position de l'OAI.

**c)** La recourante a produit, en outre, deux rapports des 19 juin et 10 juillet 2024. Dans ces documents, le Dr M. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de polyarthrite rhumatoïde séropositive non érosive associée à un syndrome de Sjögren diagnostiqué en mai 2015 avec synovite du poignet droit et des deux premiers rayons de la main droite. Ce médecin a ajouté, que l'état de santé de l'intéressée s'était détérioré depuis le mois de janvier 2023, notamment pour ce qui était de la fréquence et de l'intensité des douleurs articulaires qui avaient significativement augmenté, se référant à l'interruption du stage en réinsertion précité malgré une majoration des traitements. Cela étant, il convient de constater que ces rapports se prononcent de manière trop sommaire pour objectiver concrètement une quelconque aggravation de l'état de santé de la recourante. Ainsi, ils n'étaient aucunement ni l'aggravation alléguée, ni la capacité de travail évaluée à 40-50 %. Quant au diagnostic de syndrome de Sjögren, celui-ci avait déjà été écarté par les experts à l'occasion de la première demande (cf. expertise du 9 décembre 2020). De surcroît, le Dr M. \_\_\_\_\_ n'atteste d'aucune nouvelle atteinte à la santé de

sorte que l'allégation de la recourante selon laquelle son état de santé se serait péjoré repose uniquement sur la fréquence et l'intensité de ses douleurs. Or il convient de rappeler, s'agissant de l'allégation de douleurs, que les seules plaintes subjectives exprimées par une personne assurée ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. C'est dans le but d'assurer une égalité de traitement entre les assurés et compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs que le droit à des prestations de l'assurance sociale suppose que l'allégation de douleurs corrèle à des observations médicales concluantes. Ce principe vaut aussi bien sur le plan somatique que sur le plan psychique (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 ; TF 8C\_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 4.4 ; 9C\_911/2011 du 13 juin 2012 consid. 3.2). En l'espèce, le médecin ne dresse aucun constat médical objectif rendant plausible cette péjoration, qui apparaît comme purement subjective. Dans son rapport du 19 juin 2024, le Dr M.\_\_\_\_\_ se réfère plus précisément à l'interruption du stage pour justifier l'aggravation des douleurs et une recrudescence, à cette époque, de la maladie de Verneuil ; toutefois, il n'assoit ses conclusions sur aucun élément clinique dûment observé et répertorié. Pour le reste, les effets de la maladie inflammatoire avaient déjà été analysés par les experts de C.\_\_\_\_\_ SA lors de la première demande et le Dr M.\_\_\_\_\_ n'objective pas de modification significative et durable de la maladie.

La recourante a encore produit un rapport du 25 octobre 2024 de la Dre B.\_\_\_\_\_. Dans son rapport, la médecin décrit les limitations fonctionnelles en reprenant simplement la description des douleurs et limitations faite par la recourante, sans justifier ces limitations fonctionnelles par des constatations médicales cliniques. On ne saurait donc voir dans une telle appréciation la preuve d'une aggravation plausible de l'état de santé.

Dans ces conditions, c'est à juste titre que le SMR, dans ses avis des 10 septembre 2024, 8 novembre 2024 et 17 avril 2025, a conclu à une situation superposable sur le plan médical à celle existant lors de la première demande et ce y compris du point de vue de la symptomatologie

subjective, étant relevé que la recourante a formulé, dans le cadre de sa nouvelle demande, des plaintes similaires à celles émises lors de sa première demande. En outre, le SMR s'est prononcé de manière claire et objective, en pleine connaissance de la situation. Sa motivation apparaît dès lors convaincante et conforme aux pièces du dossier.

Dans ces conditions, on ne saurait prétendre, comme le fait la recourante, que les documents transmis à l'appui de la nouvelle demande mettraient en évidence des faits nouveaux suffisants à rendre plausible l'aggravation de la situation médicale par rapport à la situation prévalant en 2020. Tout au plus relèvera-t-on, par surabondance, qu'il convient de prendre en considération le fait que les médecins traitants peuvent être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2), ce qui peut expliquer une différence d'appréciation d'une même situation, ce qui était déjà le cas lors de la première demande. Sous cet angle, le grief de la recourante s'avère donc mal fondé.

Ainsi, les pièces produites par la recourante à l'appui de sa demande ne permettent pas d'établir de façon plausible une aggravation de son état de santé susceptible d'influencer ses droits.

**d)** Quant au grief soulevé par la recourante lié à l'absence d'enquête ménagère, il doit être écarté d'emblée dès lors qu'en présence d'une nouvelle demande, l'OAI n'est pas tenu de mettre en œuvre des mesures d'instruction – telles qu'une enquête ménagère – avant d'avoir admis une aggravation plausible de la situation susceptible d'influencer le droit aux prestations. En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande, de sorte qu'il n'avait pas à procéder à des mesures d'instruction. Cela étant, on pourra relever que lors de la précédente demande, il avait été renoncé à faire une évaluation ménagère qui n'aurait de toute manière eu aucune influence sur le droit à une rente d'invalidité.

**g)** Sur le vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par la recourante le 1<sup>er</sup> mars 2023 et complétée le 31 mai 2024, celle-ci n'ayant pas rendu plausible une modification de son invalidité susceptible de modifier ses droits.

**7.** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**8. a)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> 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. La recourante étant au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont donc provisoirement supportés par l'Etat.

**b)** 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 PGA).

**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 12 décembre 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 H. \_\_\_\_\_ et provisoirement supportés par l'Etat.

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

**V.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis provisoirement à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Procap, Service juridique (pour H. \_\_\_\_\_),
- 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 :