

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 6 octobre 2025

---

Composition : M. WIEDLER, président  
Mme Pasche, juge, et M. Farron, assesseur  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par ASSUAS, à Carouge (GE),

et

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

---

**Art. 6 s. et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 87 al. 2 - 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après, également : l'assurée ou la recourante), née en [...], originaire de [...], est mariée et mère de deux enfants (nés en [...] et [...]). Sans formation professionnelle, elle a travaillé en dernier lieu de mai 1998 à octobre 2006 en qualité d'employée de production auprès de l'entreprise X.\_\_\_\_\_ SA, à [...].

Le 22 octobre 2007, l'assurée a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations en raison de lombalgies chroniques sur hernie discale depuis 2004. Cette demande tendait à l'octroi d'une orientation professionnelle et d'un reclassement dans une nouvelle profession.

Le 27 janvier 2010, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, mandaté par l'assurance protection juridique D.\_\_\_\_\_, a rendu un rapport d'expertise psychiatrique concernant l'assurée. Il a retenu une capacité de travail entière, mais avec une diminution de rendement de 30 % en raison de différentes limitations présentées par l'assurée (troubles attentionnels, troubles de la mémoire, ralentissement psychique et fatigabilité, perte de l'élan vital).

Le SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) a estimé que cette expertise n'était pas concluante et a confié la mission d'en réaliser une nouvelle au Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rendu son rapport le 13 décembre 2010. L'expert a retenu les diagnostics de trouble somatoforme indifférencié et d'épisode dépressif (en rémission partielle). Il a conclu à l'absence de limitations fonctionnelles et d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

Par décision du 21 janvier 2011, l'OAI a refusé l'octroi à l'assurée d'une rente d'invalidité. Selon ses constatations, le préjudice économique de l'intéressée entre son activité habituelle et son activité adaptée, tenant compte uniquement de limitations fonctionnelles

somatiques, s'élevait à 10 %. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées dès lors que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière était à la portée de l'assurée.

Par arrêt du 13 juillet 2011 (CASSO AI 67/11 - 335/2011), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a rejeté le recours formé par l'assurée contre cette décision. Cet arrêt cantonal n'a pas été contesté.

**B.** Le 29 mars 2017, A. \_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande (mesures professionnelle et/ou rente) auprès de l'OAI en indiquant souffrir de « douleurs dos, hernie discale, arthrose, canal rétrécit, disques usés (dos), spondylarthrite [...], syndrome rotulien bilatéral, hernie cervicale + disque usé cervicale » depuis 2003.

Dans le cadre de son instruction de cette nouvelle demande de prestations, l'OAI a mandaté le V. \_\_\_\_\_, à [...], qui a rendu le 21 octobre 2020 son rapport d'expertise avec volets en rhumatologie et en psychiatrie, dont il ressort que l'assurée disposait d'une capacité de travail entière dans toute activité.

Par projet de décision du 16 avril 2020, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité et des mesures professionnelles, son état de santé n'ayant pas subi de modification notable depuis la décision de refus de prestations initiale du 21 janvier 2011.

Par décision du 7 décembre 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision de rejet de la deuxième demande de prestations AI déposée le 29 mars 2017 par l'assurée. Cette décision n'a pas été contestée.

**C.** Le 17 novembre 2021, A. \_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité. Elle a produit un rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2021 de la Dre N. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et

un rapport de scintigraphie osseuse trois phases et Spect-CT du corps entier du 18 juin 2021 de la Dre O.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie.

Par projet de décision du 2 décembre 2021, l'OAI a informé l'assurée qu'il ne comptait pas entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations AI.

L'assurée a déposé des objections le 2 janvier 2022, complétées le 9 février 2022 par son conseil ASSUAS, demandant à l'OAI d'annuler son préavis de refus d'entrée en matière, de réexaminer le cas et de lui allouer une rente entière d'invalidité. Dans ce cadre, l'OAI a reçu un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule droite réalisée le 13 janvier 2022 par le Dr M.\_\_\_\_\_, radiologue. Cet examen a mis en évidence chez l'assurée une tendinopathie distale modérée des tendons supra-épineux et infra-épineux siège de petites déchirures partielles de leur face articulaire, prenant environ 50 % de l'épaisseur tendineuse, associée à une bursite sous-acromio-deltoïdienne d'accompagnement à l'épaule droite, et un rapport du 10 février 2022 de la Dre N.\_\_\_\_\_ établi à l'attention du conseil de l'assurée.

Le 19 mai 2022, l'OAI a informé l'assurée qu'il entrait en matière sur sa nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité du 17 novembre 2021.

Dans un rapport du 4 octobre 2022, le Dr E.\_\_\_\_\_, médecin traitant, a posé les diagnostics incapacitants de spondylarthrite (2014), de canal lombaire étroit, hernie discale cervicale (2011 - 2012) et de syndrome dépressif chronique (2014). Les limitations fonctionnelles retenues étaient la station debout prolongée, la marche répétitive, le travail les bras en l'air et tendus, le travail accroupi et le ménage ou les courses, sans aide. Ce médecin évaluait la capacité de travail de l'assurée comme nulle dans toute activité depuis 2014.

Dans un rapport du 5 décembre 2022, la Dre N.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de

spondylarthrite ankylosante (2013), d'épaule droite douloureuse sur tendinopathie de la coiffe des rotateurs et arthroplastie acromio-claviculaire en poussée congestive plus bursite sous-acromio-deltoïdienne (fin 2021). Les restrictions fonctionnelles retenues étaient toutes les évictions rachidiennes/travail en position statique, assis ou debout, la marche sur de longues distances et terrain accidenté, le travail avec rendement sous stress, le port de charges de plus de deux kilos, le travail répétitif des membres supérieurs, le travail les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, la posture accroupie ou à genoux, une fatigabilité majeure et le travail répétitif des mains. Cette médecin évaluait la capacité de travail de l'assurée comme nulle compte tenu de l'aggravation de son état de santé avec un nouveau diagnostic (épaule droite).

L'OAI a confié le soin de réaliser une expertise de l'assurée au V.\_\_\_\_\_ qui a rendu son rapport le 29 septembre 2023, avec volets en rhumatologie et psychiatrie. Les diagnostics retenus étaient les suivants :

**“Au plan somatique**

***Diagnostics incapacitants :***

Spondylarthropathie HLA-B27 négatif VS [versus] DD [diagnostic différentiel] maladie de Forestier-Rotes-Quérol.

Déchirure partielle de la coiffe des rotateurs droite avec bursite acromio-deltoïdienne.

Syndrome lombo-vertébral chronique avec discopathies L4-L5, insuffisance de la sangle abdominale.

Gonarthrose fémoro-tibiale médiane modérée bilatérale.

***Diagnostics non-incapacitants :***

Fibromyalgie avec un score de Wolf de 27/31

**Au plan psychique**

***Diagnostics incapacitants :***

Nihil.

***Diagnostics non-incapacitants :***

F73.1 accentuation de certains traits de personnalité de type histrionique.”

Les experts du V. \_\_\_\_\_ ont retenu une capacité de travail de l'assurée nulle depuis 2006 comme employée de production. Dans une activité adaptée à son état de santé, la capacité de travail de l'intéressée était de 100 % avec une diminution de rendement de 20 % depuis le mois de mai 2020. Les limitations fonctionnelles retenues étaient décrites de la manière suivante : « Il faut éviter toute activité qui demande une position agenouillée ou accroupie prolongée, toute activité qui demande une sécurité augmentée sur des échelles ou des échafaudages, toute activité qui demande une posture non ergonomique surchargeant le rachis et les genoux et les activités au-dessus de l'horizontale pour le membre supérieur droit. La montée et la descente des escaliers est aussi limitée. L'assurée est capable d'effectuer un travail alternant les positions assise/debout, en limitant le port de charges à 5 kg ».

Par projet de décision du 7 novembre 2023, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, son préjudice économique s'élevant à 20 %.

Par son conseil ASSUAS, l'assurée a déposé des objections le 24 novembre 2023, complétées le 22 janvier 2024, à l'encontre du projet de décision précité et a demandé à l'OAI de l'annuler et de lui octroyer une rente entière de l'assurance-invalidité. Elle a transmis à l'OAI les pièces médicales suivantes :

- un rapport d'IRM du rachis entier réalisée le 11 janvier 2024 par le Prof. B. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie. Cet examen a mis en évidence chez l'assurée d'importants troubles dégénératifs cervicaux et lombaires, pour lesquels ce médecin se tenait à la disposition de la Dre N. \_\_\_\_\_ pour effectuer des infiltrations à but test et thérapeutique ;

- un rapport du 17 janvier 2024 du Dr E. \_\_\_\_\_ faisant état d'une aggravation de l'état de santé de sa patiente, auquel était joint un rapport

d'IRM de l'épaule gauche réalisée le 20 décembre 2023 par le Dr M. \_\_\_\_\_ ;

- un rapport du 22 janvier 2024 de la Dre N. \_\_\_\_\_, estimant que la situation médicale de l'assurée n'était « de loin » pas stabilisée avec deux nouveaux problèmes de santé, à savoir une atteinte somatique rachidienne due au développement de sévères douleurs de l'épaule gauche allant *crescendo* et résistantes au traitement à l'origine de limitations dans le quotidien de l'assurée, ainsi qu'une atteinte psychiatrique, sous la forme d'un état anxio-dépressif, probablement de type réactionnel, qui devait faire l'objet d'une prochaine consultation spécialisée ;

- un rapport du 8 février 2024 du Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, consulté le jour précédant par l'assurée en raison de son problème d'épaule gauche. Ce médecin a prescrit une série de neuf séances de physiothérapie dont il laissait le soin à la Dre N. \_\_\_\_\_, ou au médecin généraliste, de la prolonger si nécessaire.

Dans un avis médical du 28 août 2024, le SMR a fait le point de situation final en ces termes :

“Cette assurée présente des douleurs de l'épaule gauche (dans un contexte de douleurs polyarticulaires). L'IRM de l'épaule gauche du 10.12.23 montre une tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Cliniquement, les tendons de la coiffe gauche sont fonctionnels. Des séances de physiothérapie sont prescrites pour une dyskinésie de l'omoplate. Il n'y a pas d'indication à un traitement chirurgical. Pour rappel, nous avons retenu une CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] 80% dans une activité de type sédentaire, avec notamment des limitations pour les activités au-dessus de l'horizontale et le port de charges supérieur à 5kg. Ce type d'activité adaptée demeure exigible.

In fine, nous n'avons pas motif à modifier nos conclusions quant à la CTAA.”

Par décision du 14 février 2025, l'OAI a confirmé son projet de décision de rejet de la demande de prestations déposée en novembre 2021 par l'assurée.

**D.** Par acte du 17 mars 2025, A.\_\_\_\_\_, représentée par ASSUAS, a formé recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision du 14 février 2025, concluant à son annulation et à la reconnaissance de son droit aux prestations de l'assurance-invalidité, notamment à une rente. En résumé, elle a reproché à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, mettant en cause la valeur probante du rapport du 29 septembre 2023 d'expertise bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie) du V.\_\_\_\_\_ et déplorant une étude du cas qui n'était pas fouillée au vu d'une appréciation de la situation non exhaustive. Elle a opposé aux experts les avis de ses médecins traitants, en l'occurrence le rapport du 22 janvier 2024 de la Dre N.\_\_\_\_\_ et le rapport du 12 mars 2025 des médecins du Centre de psychiatrie et psychothérapie P.\_\_\_\_\_, soutenant que les experts du V.\_\_\_\_\_ n'avaient à tort pas tenu compte du fait qu'elle souffrait d'une nouvelle atteinte à l'épaule gauche, d'une dactylite du majeur droit et d'une détérioration progressive de son état psychique malgré les différents traitements psychothérapeutiques et médicamenteux. Sous le bordereau de pièces joint à son acte de recours, elle a produit un rapport du 12 mars 2025 du Centre de psychiatrie et psychothérapie P.\_\_\_\_\_. Les psychiatres consultés ont décrit l'état de santé de la recourante de la manière suivante :

“Depuis notre prise en charge le 25 janvier 2024, nous observons une détérioration progressive de l'état psychique de Mme A.\_\_\_\_\_ sur un mode anxio-dépressif malgré le traitement psychothérapeutique et médicamenteux mis en place. La situation actuelle liée aux difficultés de la santé somatique, selon la patiente, a un impact psychologique important. Mme A.\_\_\_\_\_ n'arrive pas à se projeter dans l'avenir. Selon ses dires, il est très difficile de trouver un travail qui convienne à son état psychique et physique fragile.

Lors des entretiens, la patiente rapporte une fragilité émotionnelle objectivable liée aux traumatismes d'enfance. Mme A.\_\_\_\_\_ décrit une enfance difficile et précise qu'elle ne sait pas ce qu'est l'amour d'une famille. Elle explique que la vie était dure (peu de revenus) et qu'elle a vécu avec sa mère malade et un père absent. La patiente rapporte que ses parents prenaient les décisions sans prendre en compte les ressentis et les souhaits de leurs enfants. Mme A.\_\_\_\_\_ dit d'elle qu'elle s'est endurcie avec l'âge et qu'elle est directe dans ses propos. Lorsqu'elle était enfant, elle rapporte que sa mère était là pour ses enfants mais qu'elle n'était pas proche d'eux (pas de

câlins ni de bisous). La patiente dit de son père (soudeur de profession, décédé en [...] à l'âge de 81 ans) qu'il critiquait et jugeait les femmes. Elle mentionne qu'il a eu plusieurs relations avec d'autres femmes et dit qu'elle avait peur de lui car il pouvait la toucher physiquement. La patiente mentionne qu'elle a peu vu son père durant son enfance car il est venu en Suisse pour travailler. Elle ne le voyait que pendant les vacances.

Globalement, Mme A. \_\_\_\_\_ explique qu'elle avait peur de ses parents et qu'elle ne pouvait pas aborder certains sujets avec eux tels que les règles et les relations avec les garçons. Elle mentionne également qu'elle ne pouvait pas s'habiller comme elle le souhaitait (elle portait des mini jupes et du rouge à lèvres en cachette). La patiente mentionne qu'elle ne se considère pas comme une personne sociable. Elle dit que durant son enfance et adolescence, elle n'a jamais eu d'amis sur lesquels elle pouvait compter mais une ou deux copines. Elle précise qu'elle devait s'occuper de ses frères et sœurs, qu'elle a endossé le rôle de maman et qu'elle n'avait pas le temps de sortir.

Mme A. \_\_\_\_\_ rapporte un isolement social. Elle a actuellement que deux amies proches avec lesquelles elle est en contact. Au niveau des relations sentimentales, elle mentionne qu'elle n'a pas eu de relations avec les hommes avant le mariage que son père lui a arrangé. Elle explique qu'elle a dû se marier de force avec un cousin et indique que son père lui a fait du chantage pour ne pas qu'elle refuse. La patiente rapporte qu'elle est quand même tombée amoureuse de lui. Elle dit de son mari qu'il est stressé et qu'elle doit faire comme il veut. Elle dit également de lui qu'il a tendance à dépenser et qu'elle doit le surveiller car leur situation financière est difficile. La patiente mentionne que son mari a une entreprise avec un associé dans le domaine de la métallurgie. Globalement, elle rapporte que ce n'est pas la vie qu'elle souhaitait.

Madame A. \_\_\_\_\_ évoque des conflits relationnels avec la famille (époux, enfants) à cause d'une irritabilité psychique. Elle évoque une anhédonie, une aboulie avec manque de plaisir et de motivation au quotidien. La patiente décrit une fatigue importante liée aux troubles du sommeil sous forme de difficultés d'endormissement en raison des douleurs importantes et des ruminations envahissantes concernant son avenir. Nous notons un sentiment d'injustice ainsi qu'une perte d'élan vital. Mme A. \_\_\_\_\_ verbalise la présence d'idées noires passives et fluctuantes sans intention de passer à l'acte auto-dommageable. La thymie est triste, la patiente est en pleurs. L'anxiété est éprouvée et objectivée.

Sur le plan somatique, Mme A. \_\_\_\_\_ se plaint de douleurs importantes et chroniques liées à une spondylarthrite ankylosante. Elle a eu deux interventions chirurgicales du côlon en 2004 (raccourcissement du côlon) et opération d'une hernie discale en 2005.”.

Dans sa réponse du 2 mai 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours, produisant un avis SMR du 14 avril 2025 auquel il se ralliait.

Dans sa réplique du 9 mai 2025, la recourante a indiqué qu'elle persistait dans ses conclusions.

### **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 recourante à une rente d'invalidité.

**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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute

demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

**b)** En l'occurrence, la nouvelle demande d'octroi d'une rente a été déposée le 17 novembre 2021 par la recourante. Ce sont donc les dispositions de la LAI et du RAI dans leur teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022 qui sont applicables.

**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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**5. a)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 1<sup>er</sup> 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).

**b)** Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

**6. a)** 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).

**b)** 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 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

**c)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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).

**d)** Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, 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). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 précité consid. 6.1.2 et les références citées).

**7.** 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). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein

desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

**8. a)** En l'espèce, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 17 novembre 2021 par la recourante et a ordonné une expertise bidisciplinaire, avec volets en rhumatologie et psychiatrie, confiée au V.\_\_\_\_\_, dont il ressort que l'intéressée dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 20 % depuis le mois de mai 2020. Sur cette base, le préjudice économique de la recourante s'élevait à 20 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. La valeur probante du rapport du 29 septembre 2023 de l'expertise du V.\_\_\_\_\_ est remise en cause par la recourante.

**b)** Il sied en premier lieu de relever que cette expertise bidisciplinaire conclut que seules les atteintes à la santé rhumatologiques présentées par la recourante génèrent des limitations fonctionnelles et une diminution du rendement, et sont partant incapacitantes. En revanche, aucune restriction fonctionnelle n'est retenue en psychiatrie. La recourante conteste les conclusions des experts tant en rhumatologie qu'en psychiatrie.

**c)** S'agissant des atteintes rhumatologiques de la recourante, l'expert du V.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics incapacitants de spondylarthrose HLA-B27 négatif (*versus* diagnostic différentiel de maladie de Forestier-Rotes-Quérol), de déchirure partielle de la coiffe des rotateurs droite avec bursite acromio-deltoïdienne, de syndrome lombo-vertébral chronique avec discopathies L4-L5, d'insuffisance de la sangle abdominale et de gonarthrose fémoro-tibiale médiane modérée bilatérale, ainsi que le diagnostic non incapacitant de fibromyalgie, avec un score de Wolf de 27 sur 31. Les limitations fonctionnelles retenues sont les suivantes : « Il faut éviter toute activité qui demande une position agenouillée ou accroupie prolongée, toute activité qui demande une sécurité augmentée sur des

échelles ou des échafaudages, toute activité qui demande une posture non ergonomique surchargeant le rachis et les genoux et les activités au-dessus de l'horizontale pour le membre supérieur droit. La montée et la descente des escaliers est aussi limitée. L'assurée est capable d'effectuer un travail alternant les positions assise/debout, en limitant le port de charges à 5 kg. ». L'expert conclut à une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de 20 % depuis le mois de mai 2020 dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles précitées.

Il convient de constater que le rapport de l'expertise rhumatologique remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder une pleine valeur probante. Ainsi, l'expert a arrêté les atteintes à la santé de la recourante en tenant compte de l'ensemble des pièces au dossier, des plaintes de l'intéressée et de ses propres constatations cliniques et a posé une anamnèse complète.

De son côté, la recourante se prévaut du rapport du 22 janvier 2024 de la Dre N.\_\_\_\_\_ pour rediscuter la valeur probante des conclusions de l'expert rhumatologue. Cette médecin indique que l'état de santé de la recourante est « loin d'être favorable » au vu de sa dégradation, en raison d'une aggravation des douleurs à l'épaule gauche. Elle indique que, lors d'une IRM de l'épaule gauche effectuée le 20 décembre 2023, le diagnostic d'une importante tendinopathie distale du supra-épineux, siège d'une déchirure partielle de sa face articulaire, intéressant la moitié antérieure du tendon et atteignant plus de 50 % de l'épaisseur tendineuse, est posé. Dans le cadre de l'expertise au V.\_\_\_\_\_, le médecin rhumatologue disposait d'une IRM effectuée le 13 janvier 2022 par le Dr M.\_\_\_\_\_ faisant état d'une tendinopathie distale modérée des tendons supra-épineux et infra-épineux, siège de petites déchirures partielles de leur face articulaire, prenant environ 50 % de l'épaisseur tendineuse, associée à une bursite sous-acromio-deltoïdienne d'accompagnement à l'épaule droite. Or, selon les constatations cliniques de l'expert du 6 septembre 2023, les mouvements de l'épaule droite de la recourante sont nettement plus limités que ceux de l'épaule gauche (cf. expertise, volet rhumatologique, p. 17). On peut dès lors s'interroger sur le

fait de savoir si le rapport d'IRM datant de décembre 2023 ne mentionne pas par erreur l'épaule gauche en lieu et place de l'épaule droite.

Quoi qu'il en soit, l'expert a tenu compte de manière claire des limitations fonctionnelles liées aux atteintes des deux épaules de la recourante, comme cela ressort de son examen clinique. Le fait qu'un nouveau diagnostic a été posé par la suite par la Dre N.\_\_\_\_\_ n'est donc pas déterminant, ce d'autant plus qu'il n'y a qu'un écart de quelques mois entre l'IRM de décembre 2023 et l'examen clinique de l'expert, ce qui rend peu vraisemblable que l'état de l'épaule gauche de la recourante se soit davantage détérioré par rapport à l'épaule droite qui souffrait déjà d'atteintes du même type. En outre, il sied encore de relever que, dans son rapport médical du 22 janvier 2024, la Dre N.\_\_\_\_\_ reprend les mêmes limitations fonctionnelles (« toutes les évictions rachidiennes non ergonomiques ; travail en position statique, assise, debout ; marche sur de longues distances et terrain accidenté ; travail avec rendement sous stress, nécessitant contacts et relations interpersonnelles ; port de charges supérieures à 2 kg ; travail répétitif des membres supérieurs [épaules, bras, poignets, doigts] ; travail les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale ; posture accroupie à genoux ; travail en zones basses ») que celles figurant déjà dans son rapport du 5 décembre 2022 et dont l'expert a tenu compte dans le cadre de son évaluation. En conséquence, il sied d'en déduire, comme l'a fait le SMR (cf. avis médical du 28 août 2024), que même si par hypothèse la recourante souffrait d'une nouvelle atteinte à l'épaule gauche, cet élément ne modifierait pas les limitations fonctionnelles arrêtées par l'expert rhumatologue qui seraient suffisantes.

S'agissant de l'état du majeur droit, l'expert rhumatologue a tenu compte de ses propres constatations cliniques et des douleurs aux mains mentionnées par la recourante ainsi que les gonflements dont elle a fait part pour arrêter les limitations fonctionnelles. Le diagnostic de dactylite du majeur posé par la médecin traitante n'étant pas étayé, il ne saurait remettre en cause les conclusions de l'expert.

Les autres critiques de l'expertise sur le plan somatique émises par la Dre N.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 22 janvier 2024 - qui ne sont du reste pas reprises par la recourante - ont trait à des points de détails, ne sont pas étayées ou n'ont pas d'incidence sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail retenues, de sorte qu'elles ne remettent pas en doute la valeur probante du rapport d'expertise au dossier. Par ailleurs, il convient de rappeler qu'il est admis, de jurisprudence constante, que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison du mandat thérapeutique et de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5). Dans ces conditions, il convient de relativiser la portée du contenu des rapports médicaux établis par la Dre N.\_\_\_\_\_.

**d)** Sur le plan psychiatrique, l'expert du V.\_\_\_\_\_ a relevé l'absence de diagnostic incapacitant, mais a retenu chez la recourante une accentuation de certains traits de personnalité de type histrionique. Le volet psychiatrique du rapport d'expertise du V.\_\_\_\_\_ doit également se voir accorder une pleine valeur probante. En effet, l'expert a dressé l'anamnèse médicale, privée et professionnelle de la recourante, décrit sa journée-type, ses hobbies, puis a posé ses constatations faites lors d'un entretien et expliqué pour quels motifs médicaux sur cette base, il excluait tout diagnostic incapacitant. Il s'est en outre déterminé sur les diagnostics passés et actuels non retenus et a évalué la cohérence ainsi que la plausibilité dans les plaintes exprimées par la recourante, relevant d'ailleurs des incohérences.

Le rapport du 22 janvier 2024 de la Dre N.\_\_\_\_\_ et le rapport du 12 mars 2025 des médecins du Centre de psychiatrie et psychothérapie P.\_\_\_\_\_ dont se prévaut la recourante ne sont pas de nature à remettre en doute la valeur probante du volet psychiatrique du rapport de l'expertise du V.\_\_\_\_\_.

La Dre N.\_\_\_\_\_ estime que la recourante présente un état anxio-dépressif, probablement d'origine réactionnel, chez une patiente montrant des troubles du sommeil, de l'appétit, un isolement volontaire

dans sa chambre avec tendance au clinostatisme, un repli sur soi avec anhédonie, des idées noires et une perte de l'estime de soi ainsi qu'une irritabilité de plus en plus importante, notamment envers son entourage proche. Or l'anamnèse dressée par l'expert psychiatre (cf. expertise, volet psychiatrique, pp. 30 - 32) fait mention de l'ensemble de ces éléments. Il a exposé les raisons pour lesquelles il ne retenait pas d'état dépressif ou anxieux. En effet, il a indiqué qu'en l'absence de signe d'abaissement de l'humeur constant sur la durée de l'examen et de signe de fatigue ou de fatigabilité chez la recourante qui déniait toute activité plaisante mais décrivait des moments de l'existence actuelle où elle continuait à regarder la télévision le midi ou évoquait les moments avec ses amis, ou encore le sentiment de soulagement lorsqu'elle s'était rendue en Turquie quelques semaines avant l'expertise, il n'avait retrouvé aucun des trois critères principaux d'épisode dépressif au sens de la Classification internationale des maladies, 10<sup>ème</sup> révision (CIM-10). Par ailleurs, la recourante n'exprimait pas une diminution de l'envie mais un sentiment de colère. Aucun trouble de la concentration n'était en outre observé sur toute la durée de l'entretien, ni de signe en rapport avec une privation de sommeil malgré la description d'une insomnie rebelle et ancienne pour laquelle l'intéressée avait recours à des traitements hypnotiques en journée. De même, l'expert psychiatre n'a pas retenu de trouble dépressif récurrent dès lors que la recourante déclarait avoir présenté des épisodes comparables à l'épisode actuel, alors que sa situation au moment de l'expertise ne remplissait pas les critères d'un épisode dépressif (cf. expertise, volet psychiatrique, p. 38).

S'agissant des médecins du Centre de psychiatrie et psychothérapie P.\_\_\_\_\_, il sied de relever que dans le rapport du 12 mars 2025, ils ne posent aucun diagnostic, ni ne font état d'une capacité de travail diminuée pour des raisons psychiatriques. Au contraire, ils se limitent à décrire le vécu de leur patiente durant son enfance et son adolescence, sa relation avec ses parents et avec son mari, ainsi que son ressenti lié à son état de santé, dont ils observent qu'elle ne parvient pas à se projeter dans l'avenir. Comme l'a fait le SMR (cf. avis médical du 14 avril 2025), il sied d'en déduire que la totalité des éléments décrits par les

psychiatres traitants a été explorée par l'expert psychiatre, lequel a noté que la recourante présentait déjà un sentiment de tristesse avec des plaintes (un manque d'intérêt ou du plaisir, une fatigue, des idées noires fluctuantes et des difficultés d'endormissement ; cf. expertise, volet psychiatrique, p. 30) superposables à celles citées dans le rapport du 12 mars 2025. L'expert a constaté une hyper-expressivité émotionnelle chez la recourante, en particulier pour le registre de la tristesse, qu'il replaçait dans la dynamique familiale, à savoir en lien avec le conflit vécu avec le mari (cf. expertise, volet psychiatrique, p. 40).

En conséquence, aucun élément médical objectif au dossier ne permet de mettre en question les constatations et encore moins les conclusions psychiatriques du V.\_\_\_\_\_.

**e)** Sur le vu de tout ce qui précède, il n'existe aucune aggravation incapacitante de l'état de santé de la recourante de nature à influencer négativement sa capacité de travail depuis l'expertise du V.\_\_\_\_\_. La situation, en comparaison de celle qui avait cours lors de la décision initiale de refus de prestations du 21 janvier 2011, respectivement la décision du 7 décembre 2020, ne s'est pas modifiée dans une mesure propre à influencer le droit à la rente. Le préjudice économique de la recourante, qui s'élève à 20 %, est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI).

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

**b)** La procédure 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 recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 14 février 2025 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 A.\_\_\_\_\_.
  
- 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 :

- ASSUAS (pour A. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :