

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 avril 2021

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Röthenbacher et Durussel, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A.S. _____, à [...], recourante, représentée par Me Florence Bourqui,
avocate auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

**Art. 6 s., 17 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 87 al. 2 et 3
RAI**

E n f a i t :

A. A.S. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait, depuis le 11 décembre 2000, en tant qu'auxiliaire de santé rémunérée à l'heure pour le compte de l'A. _____ à [...].

Atteinte d'une chondropathie rebelle rétro-rotulienne au genou gauche totalement incapacitante depuis le 28 août 2002 (rapport du 27 octobre 2003 du Dr R. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur), l'assurée a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 13 mai 2003.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a alloué à l'assurée un reclassement dans le domaine du secrétariat médical. Au terme de sa formation, l'assurée a effectué un stage de réadaptation au sein du cabinet d'un médecin établi à [...], du 1^{er} juin au 30 novembre 2005.

Par décision du 15 décembre 2006, l'OAI a refusé d'allouer à l'assurée une rente d'invalidité, motif pris que le degré d'invalidité de 17 % (calculé selon la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité) ne donnait pas droit à cette prestation.

Par la suite, l'assurée n'a pas retrouvé d'emploi dans le domaine du secrétariat médical ni dans celui de la vente (étant au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité [CFC] dans ce domaine) malgré le soutien dont elle a bénéficié de la part des organes de l'assurance-invalidité pour sa réintégration sur le marché du travail.

B. Alors qu'elle œuvrait comme contrôleuse laitière au taux de 30 % depuis le 6 mai 2010 pour le compte de la X. _____, l'assurée a, sur conseils de Procap, déposé le 23 mai 2013 une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité en indiquant souffrir d'une atteinte aux genoux (chondropathie rotulienne stade III) depuis 2002 et de troubles

psychiques depuis 2012 - 2013. A l'appui de sa demande, elle a remis un rapport du 5 mai 2013 de la Dre Q._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie.

L'OAI a recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins consultés par l'assurée (rapport du 1^{er} juillet 2013 de la Dre Q._____, auquel était joint un rapport du 30 mai 2013 du P._____[P._____] ; rapport du 22 juillet 2013 du Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale ; rapport du 18 juin 2014 de la Dre E._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie). Un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a été réalisé le 13 août 2014 dans les locaux du Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité, à Vevey. Dans leur rapport du 7 octobre 2014, les Drs H._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, et J._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, ont posé le diagnostic - avec répercussion sur la capacité de travail - de gonarthrose débutante du compartiment interne bilatérale et fémoro-patellaire gauche (M17.0), ainsi que ceux - sans répercussion sur la capacité de travail - de status post opération d'un tunnel carpien bilatéralement, d'antécédents de fibromyalgie, de trouble dépressif récurrent (actuellement en rémission [F33.4]), de trouble de la personnalité (sans précision [F60.9]) et de difficultés dans les rapports avec le partenaire (Z63.0). Ils ont estimé la capacité de travail de l'assurée comme ayant été nulle dans toute activité du 23 au 25 avril 2013 au point de vue psychiatrique ; sur le plan somatique, elle présentait une capacité de travail de 30 % comme contrôleuse du lait depuis le 22 juillet 2013, mais de 100 % dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : « *Genoux : pas de position accroupie prolongée, pas de montée-descente répétée d'escalier, pas de port de charge répété au-delà de 10 kg (charges légères) ; pas de position statique assise au-delà de 90 mn [minutes], debout au-delà de 30 mn* ».

Le SMR a repris à son compte ces constatations et conclusions médicales, étant d'avis que les atteintes dégénératives aux genoux limitaient l'activité de contrôleuse laitière à 30 % mais n'empêchaient pas

l'exercice à plein temps de toute activité adaptée (rapport du 20 octobre 2014 du Dr D. _____).

Par décision du 10 mars 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif que le degré d'invalidité (8 %), calculé d'après la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, était insuffisant pour donner droit à une rente d'invalidité. Cette décision n'a pas été contestée.

C. Le 20 mars 2018, A.S. _____ a déposé une troisième demande de prestations en faisant état d'une chondropathie rotulienne des genoux de stade IV, d'une tendinite du sous-épineux de l'épaule gauche ainsi que de fibromyalgie.

Par décision 13 juin 2018, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, au motif que l'assurée n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis le rejet de sa demande de prestations en mars 2016.

D. Le 2 mai 2019, A.S. _____ a déposé une quatrième demande de prestations de l'assurance-invalidité en invoquant son état de santé global défaillant depuis 2002.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins consultés (rapports des 22 juillet 2019 et 25 février 2020 du Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, auxquels étaient annexés les rapports des 9 octobre et 14 novembre 2019 du Centre de psychiatrie et psychothérapie M. _____ à [...] ; rapport du 31 août 2019 du Dr L. _____, spécialiste en médecine interne générale).

Par projet de décision du 15 juin 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa nouvelle demande de prestations, au motif que la capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée retenue lors des précédentes décisions restait de mise en l'absence de péjoration de l'état de santé et au vu des limitations fonctionnelles

connues qui entravaient l'exercice de l'activité habituelle depuis le 22 juillet 2013. Calculé en application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, le degré d'invalidité de 10 % était insuffisant pour donner droit à une rente. Le droit à des mesures d'ordre professionnel (reclassement) n'était également pas ouvert.

Le 25 juin 2020, l'assurée a produit un rapport de consultation du 9 juin 2020 établi par le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, à l'intention du Dr L._____. On extrait ce qui suit de ce document :

[...] Au status de ce jour, je trouve toujours un signe méniscal positif au point d'angle postéro-interne. Pour le reste, les genoux sont calmes, ou moyennement douloureux selon les jours en raison de la fibromyalgie et de la surcharge professionnelle.

Dans l'état actuel des choses, on peut premièrement exclure toute indication à la mise en place de prothèse de genou, vu la qualité encore conservée des articulations et aussi du fait que l'on sait que le résultat de prothèse totale de genou sur fibromyalgie peut être très variable, voire aléatoire.

Le traitement orthopédique de Madame A.S._____ passe tout d'abord par des mesures conservatrices et une auto-thérapie de lissage du cartilage par la pratique du vélo, puis en cas de non-réponse ou de réponse partielle, par un geste chirurgical à minima, soit dans son cas une arthroscopie avec méniscectomie de la corne postérieure du ménisque interne combinée à un lâchage de l'aileron externe de la rotule pour favoriser la mécanique de l'articulation fémoro-patellaire et, si possible, par mobilisation active et passive améliorer l'état cartilagineux.

De ce fait, nous sommes tombés d'accord la malade et moi-même qu'elle serait convoquée tout d'abord dans le service d'ergothérapie du F._____ [F._____] par Madame [...] qui nous lit en copie et que cette dernière, après analyse de la démarche, corrigera la bascule du bassin par une semelle sur mesure de surélévation interne au soulier droit (semelle moulée) de façon à ce que la démarche de la patiente soit la meilleure possible et que la surcharge interne du genou diminue. Parallèlement à cette thérapie sous contrôle du service d'ergothérapie, la malade s'astreindra à faire 20 minutes de vélo par jour (2 x 10 minutes) sur un vélo d'appartement pour pouvoir effectuer cette thérapie 7 jours sur 7.

Sur le plan professionnel, il est clair que la surcharge due à l'alternance de jours sans trop d'activité puis de période en surcharge de travail est bien entendu un handicap non négligeable à la stabilisation du cas et devra faire l'objet probablement d'une évaluation par l'AI en vue soit d'un horaire plus léger ou régulier ou bien entendu d'une reconversion professionnelle.

Dans ce domaine la malade doit se mettre maintenant une nouvelle fois en rapport avec l'AI et, en ce qui me concerne, sur demande de cet organisme, je leur communiquerai mon opinion.

Nous sommes également tombés d'accord que la patiente effectuerait donc ce traitement conservateur pendant la période estivale, puis que je la reverrai à ma consultation de [...] le 1^{er} septembre.

Si l'évolution est satisfaisante nous poursuivrons le traitement sur le même mode.

En cas d'échec, nous effectuerons une nouvelle étude par IRM [imagerie par résonance magnétique] du genou droit et si la lésion ne s'est pas améliorée ou qu'elle s'est péjorée, nous agend[er]ons une arthroscopie diagnostic et thérapeutique au courant du mois d'octobre pour tenter d'améliorer la clinique et la fonction du genou droit de Madame A.S._____.

Le 29 juin 2020, l'assurée a fait part à l'OAI de sa contestation du projet du 15 juin 2020.

Aux termes d'un rapport du 3 août 2020 au conseil de l'assurée, le Dr G._____ a formulé les remarques suivantes au sujet de l'état de santé psychiatrique de sa patiente :

[...] Dans le rapport d'expertise de 2014, l'expert a estimé lors de son examen qu'il n'était pas possible de poser un diagnostic de trouble psychiatrique incapacitant dans l'histoire personnelle de l'assurée, à l'exception des 3 jours d'hospitalisation au P._____ en avril 2013.

L'expert a reconnu les diagnostics posés dans le rapport de l'hospitalisation du 23.04.2013 au 25.04.2013 au P._____ (F60.31, F33.2, Z63.0) mais il a estimé que le traitement était inadéquat par rapport au diagnostic posé. La Dre Q._____, spécialiste FMH en Psychiatrie et psychothérapie, a posé d'autres diagnostics (F61.0 et F33.11) mais l'expert a aussi estimé que les caractéristiques évoquées ne permettaient pas de retenir un trouble de la personnalité.

Or, dans mon rapport du 25.02.2020 j'ai présenté mes propositions diagnostiques, à savoir :

- Personnalité paranoïaque (F60.0)
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2)
- Douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychique (F45.41)

Ces propositions étaient étayées par des tests psychologiques (au contraire des propositions précédentes) qui montraient un tableau évocateur d'un fonctionnement de personnalité de niveau psychotique, compatible avec un diagnostic de trouble de la

personnalité paranoïaque actuellement significativement désorganisé, caractérisé au premier plan par une importante perplexité ainsi que des angoisses de persécution, de morcellement et de chute contre lesquelles sont érigées des défenses du registre maniforme et persécutoire. Donc, il ne faut maintenant pas dire que les critères de diagnostic d'un trouble de personnalité spécifique sont manquants.

En plus, les tests neuropsychologique[s] ont aussi mis en évidence un déficit cognitif modéré à sévère sur une échelle globale. L'examen cognitif objective des difficultés mnésiques, attentionnelles, exécutives, instrumentales et langagières. Il y a une faiblesse de la récupération en mémoire verbale, un défaut de consolidation en mémoire visuelle, des difficultés de mémoire de travail, des difficultés d'attention soutenue avec des traits d'impulsivité et une faiblesse d'attention divisée, un défaut de flexibilité et d'incitation figurale, un défaut d'accès lexical et des difficultés praxiques et de calcul. Ces difficultés peuvent être mises en lien avec des aspects psychologiques, et pourraient être exacerbées par certains facteurs (douleurs, fatigue, stress, etc.). Il en résulte que la capacité fonctionnelle est légèrement limitée au quotidien et pour diverses sollicitations professionnelles, mais moyennement limitée dans le travail ou lors des tâches requérant un niveau d'exigences élevé.

Ces symptômes n'ont pas été considérés dans l'expertise de 2014 et doivent donc être considérés comme nouveaux.

Ces tests décrivent bien les limitations psychiatriques que la patiente rencontre dans sa vie professionnelle (relations interpersonnelles fortement perturbées à cause de ses caractéristiques de méfiance et manque de contrôle de son impulsivité ; fatigabilité très élevée ; hypersensibilité au stress ; elle ne supporte pas être contrariée et a de très faibles capacités adaptatives ; présence des troubles cognitifs qui portent préjudice à sa mémoire et performances dans sa vie ; faibles capacités de planification et dépense beaucoup d'énergie dans une agitation anxieuse) et auxquelles doivent être ajoutées ses limitations somatiques.

Il faut néanmoins reconnaître que la patiente ne reçoit pas le traitement le plus adéquat pour son trouble dépressif. Ceci se doit à son incapacité pour adhérer à un traitement quelconque, ce qui est déterminé non par un manque de volonté, ma[i]s par ses symptômes psychotiques (méfiance pathologique, incapacité d'établir des liens de confiance, désorganisation de la pensée, perplexité psychotique et ses angoisses de persécution). Il s'agit bien d'une malade extrêmement difficile à suivre et il est décevant de ne pas voir reconnaître à sa juste valeur son niveau d'atteinte fonctionnelle.

Dans ce contexte, j'ai estimé qu'elle ne peut travailler qu'à 20 % dans son activité de contrôleuse laitière. [...]

Dans un nouvel avis du 23 septembre 2020, le SMR, par la voix de la Dre T._____, a confirmé l'absence d'aggravation objective de

l'atteinte au niveau des genoux et des limitations fonctionnelles connues depuis l'examen clinique d'août 2014. Sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas de nouvelles atteintes incapacitantes apparues depuis la précédente évaluation. Ce médecin observait que le trouble dépressif sévère retenu depuis 2003 par le psychiatre traitant, soit bien antérieurement à la dernière estimation, était incompatible avec le maintien d'une activité professionnelle ; s'agissant du trouble de la personnalité évoqué, la situation était quant à elle stationnaire depuis 2014.

Par décision du 3 novembre 2020, l'OAI a confirmé la teneur de son projet de décision et, partant, rejeté la nouvelle demande de prestations de l'assurée.

E. **a)** Par acte du 4 décembre 2020, A.S._____, représentée par Me Florence Bourqui, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours contre la décision rendue le 3 novembre 2020 par l'OAI, concluant à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire puis nouvelle décision. En substance, elle reprochait à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical. Comparant les avis de ses médecins traitants à l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique réalisé par le SMR en août 2014, elle estimait qu'une modification sensible (péjoration) de son état de santé était établie. Elle remettait par ailleurs en question le statut mixte retenu par l'OAI pour l'évaluation de l'invalidité en opposant les déclarations contraires recueillies au dossier.

b) Dans sa réponse du 29 janvier 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée.

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. L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

3. 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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).

Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré 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 l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, 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 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

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 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

e) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

f) 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

4. **a)** En l'occurrence, il y a lieu d'examiner si, entre la décision – entrée en force – du 10 mars 2016 refusant à la recourante le droit à une rente d'invalidité – dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente – et la décision litigieuse du 3 novembre 2020, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité – et donc le droit à la rente – s'est produit.

b) Au moment de la décision du 10 mars 2016 ayant conduit au rejet de la demande de prestations déposée le 23 mai 2013, la recourante présentait, d'après le rapport d'examen clinique bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) du SMR du 7 octobre 2014, une gonarthrose débutante du compartiment interne bilatérale et fémoro-patellaire gauche (M17.0), laquelle n'empêchait pas l'exercice à plein temps d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (« *Genoux : pas de position accroupie prolongée, pas de montée-descente répétée d'escalier, pas de port de charge répété au-delà de 10 kg (charges légères) ; pas de position statique assise au-delà de 90 mn [minutes], debout au-delà de 30 mn* »).

Sur le plan psychiatrique, l'anamnèse ne relevait pas d'antécédents particuliers (absence de maladie psychiatrique incapacitante de longue durée). La recourante avait certes bénéficié, du 4 octobre 2011 au 22 mai 2013, d'un suivi ambulatoire – principalement à travers des courriels – de la part de la Dre Q._____, sans toutefois qu'une incapacité de travail ne soit attestée. Son hospitalisation du 23 au 25 avril 2013 au P._____ était la conséquence d'une crise réactionnelle due à des difficultés extérieures, en particulier au niveau financier. Au jour de l'examen clinique du 12 août 2014 effectué dans les locaux du SMR, la recourante était décrite comme une femme de quarante-cinq ans en bon état de santé général avec une tendance à être hyperactive et qui ne présentait pas de tristesse apparente ; elle parlait de moments de tristesse en relation avec les difficultés matérielles de son existence et

affirmait être sociable ainsi qu'avoir de bonnes relations avec les gens. Le type de difficultés relationnelles et les autres caractéristiques d'un diagnostic du trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline n'étaient pas présents dans les propos tenus.

c) Il convient d'examiner la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est modifié de manière sensible depuis le 10 mars 2016.

aa) Sur le plan somatique (ostéo-articulaire), le rapport du 9 juin 2020 établi par le Dr N._____ ne signale aucune modification en comparaison de la situation qui prévalait en 2016. En effet, lors de sa consultation ce praticien a retrouvé un signal méniscal positif au point d'angle postéro-interne avec pour le reste, des genoux calmes ou moyennement douloureux selon les jours en raison de la fibromyalgie et de la surcharge professionnelle. En l'état des choses, et d'entente avec la recourante, le Dr N._____ a prescrit le suivi d'un traitement conservateur durant l'été (alliance entre une analyse de la démarche avec correction de la bascule du bassin par semelle moulée et des séances journalières de vingt minutes de vélo). Seule une consultation de contrôle était fixée au début de l'automne 2020 sans plus amples investigations médicales.

bb) Sur le plan psychiatrique, il convient de constater que le dossier contient plusieurs rapports établis par le Dr G._____ (étayés par une évaluation neuropsychologique du 9 octobre 2019 et un examen psychologique du 14 novembre 2019), lesquels retiennent les diagnostics de personnalité paranoïaque et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques et mettent en évidence une série de limitations (*« relations interpersonnelles fortement perturbées à cause de ses caractéristiques de méfiance et manque de contrôle de son impulsivité ; fatigabilité très élevée ; hypersensibilité au stress ; elle ne supporte pas être contrariée et a des très faibles capacités adaptatives ; présence des troubles cognitifs qui portent préjudice à sa mémoire et performances dans sa vie ; faibles capacités de planification et dépense*

beaucoup d'énergie dans une agitation anxieuse »). Pour autant, force est de constater qu'il ne ressort pas des explications données par le Dr G._____ que l'état de santé psychique aurait sensiblement évolué au cours de ces dernières années ; au contraire, ce médecin se livre à une appréciation différente - mais pas nécessairement moins pertinente - de la situation par rapport à celle opérée par les médecins du SMR dans le cadre de leur examen clinique bidisciplinaire, laquelle n'est toutefois pas déterminante au regard de la jurisprudence (cf. supra consid. 3d). A cet égard, le psychiatre traitant a souligné les difficultés de la recourante à gérer ses émotions et à s'investir dans une relation de soins (à savoir qu'elle adhérait à une consultation mensuelle selon ses disponibilités financières et refusait la prise d'un traitement pharmacologique), indiquant qu'il ne s'agissait pas d'une mauvaise volonté de collaborer de sa patiente, mais bien d'une incapacité à faire confiance liée à ses difficultés psychiques. D'après ce médecin les symptômes de la recourante duraient déjà depuis longtemps et constituaient une défense inadéquate rigide, sans qu'il n'existe de solution thérapeutique à proposer hormis une aide pour prévenir les rechutes dépressives, diminuer l'amplitude des épisodes d'impulsivité et agressivité tout en poursuivant les tentatives pour établir un lien de confiance. Le pronostic était très mauvais en regard des investigations et traitements psychiatriques mis en œuvre depuis plusieurs années (« presque 10 ans ») sans amélioration.

d) A la lumière des rapports médicaux versés au dossier, il y a lieu de constater au final que la situation ne s'est pas sensiblement modifiée sur le plan médical depuis 2016 et que, partant, l'existence d'un motif de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA doit être écartée.

5. a) Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions formellement passées en force sont soumises à révision procédurale si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Sont "nouveaux" au sens de cette disposition, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas

connus du requérant malgré toute sa diligence. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants, qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que l'administration ou le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que l'administration ou le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références ; TF 9C_371/2008 du 2 février 2009 consid. 2.3).

b) En l'occurrence, on ne saurait considérer que les explications données par le Dr G._____ dans ses différents rapports médicaux constituent des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. Les diagnostics - différentiels - de personnalité paranoïaque (F60.0) ou de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) étaient connus de l'intimé au moment où celui-ci a rendu sa décision précédente du 10 mars 2016, dès lors qu'ils avaient été discutés dans le cadre de l'examen bidisciplinaire SMR de 2014. Au regard des explications données par le Dr G._____, on ne peut certes exclure que ses confrères du SMR ont peut-être mal interprété les faits relatifs à l'existence d'un trouble de la personnalité ou d'une symptomatologie dépressive importante. Une telle appréciation inexacte ne suffit toutefois pas pour reconnaître un motif de révision au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA.

c) Les explications du Dr G. _____ ne pourraient pas non plus conduire à admettre que les conditions d'une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA) seraient réalisées ; au regard des rapports médicaux à disposition de l'intimé au moment de se prononcer sur le droit aux prestations de la recourante, sa décision du 10 mars 2016 n'apparaît pas manifestement erronée.

6. Pour le surplus, la question du statut de la recourante pour l'évaluation de son invalidité peut être laissée ouverte, la réponse à cette question n'étant pas susceptible d'avoir une influence sur l'issue de la procédure, compte tenu de la capacité de travail attestée sur le plan médical.

7. a) Mal fondé, le recours doit par conséquent être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant 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 3 novembre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de A.S._____.

- 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 :

- Me Florence Bourqui (pour A.S. _____),
- 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 :