

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 février 2018

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Di Ferro Demierre et M. Métral, juges
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

L. _____, à [...], recourante, représentée par le Centre social protestant -
Vaud, en la personne de Claudia Frick,

et

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

Art. 87 RAI

E n f a i t :

A. a) L. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1979, mariée et mère de deux enfants nés en 2007 et 2012, a travaillé en tant qu'enseignante du cycle initial à temps plein dès le 1^{er} août 2005.

Le 24 avril 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) en raison d'une polyarthrite rhumatoïde ayant débuté au mois de novembre 2007, mais qui a été diagnostiquée au mois de février 2008. Elle a précisé être enceinte, le terme étant prévu le 6 septembre 2012.

Le 14 mai 2012, l'assurée a indiqué sur le formulaire de détermination du statut qu'en bonne santé, elle travaillerait depuis 2005 à 100 % par intérêt personnel et nécessité financière.

Dans un rapport du 13 juin 2012, la Dresse S. _____, médecin associée au Service de rhumatologie [...] du J. _____, a posé le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séronégative existant depuis 2007 et a en particulier indiqué ce qui suit :

« [...] Madame L. _____ souffre d'une polyarthrite rhumatoïde. La maladie est en rémission sous un traitement d'Orencia et d'Arava. Devant un désir de grossesse, l'Arava a été interrompu puis l'Orencia. Lors de la période en monothérapie, la polyarthrite a flambé, raison pour laquelle la patiente a été en incapacité de travail entre 50 et 100 % pendant une année environ. Cette incapacité de travail était liée à la PR [réf. : polyarthrite rhumatoïde]. L'activité de la maladie était plus importante à cause des modifications thérapeutiques. Actuellement Madame L. _____ va bien. Elle est à 27 semaines d'aménorrhée. La maladie est sous contrôle. Néanmoins, en raison d'une part de la polyarthrite, d'autre part de la grossesse, une activité de travail à 50 % est recommandée. [...] »

Dans le cadre de l'instruction du dossier, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a reçu les avis médicaux suivants par courrier du 19 juin 2012, qui confirment tous le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séronégative :

- un rapport du 21 mai 2010 du Dr C._____, spécialiste en médecine du travail et en médecine interne, qui a en particulier relevé que l'on pouvait attendre de l'assurée, qui était alors en arrêt de travail à 50 %, qu'elle reprenne son activité professionnelle au taux contractuel à moyen terme. Ce praticien a toutefois indiqué qu'en cas de prolongation de l'arrêt de travail, il serait préférable qu'il soit prescrit sous forme de demi-journées et que l'assurée s'annonce auprès de l'OAI ;
- un rapport établi le 12 janvier 2012 par la Dresse S._____ qui a estimé qu'une reprise à 75 % ou 100 % était possible à moyen terme, sans qu'il soit nécessaire de signaler le cas à l'OAI ;
- un rapport du 19 juin 2012 du Dr D._____, chef de clinique à la [...], Unité de santé au travail, qui a indiqué qu'en dépit de l'avis précité de la Dresse S._____, la situation ne s'était jamais vraiment stabilisée en plusieurs mois et que les chances pour que l'assurée maintienne une pleine capacité de travail sur le long terme semblaient objectivement relativement mauvaises.

Dans un rapport du 24 mai 2013, la Dresse S._____ a indiqué que la situation n'était pas stabilisée et que la capacité de travail avait été totale du mois de février au mois de mai 2013, oscillant depuis lors entre 80 % et 100 %.

Dans un rapport du 23 octobre 2013, le Dr V._____ du SMR a proposé d'admettre ces indications.

Par projet de décision du 5 novembre 2013, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui octroyer un quart de rente (48 %) dès le

1^{er} octobre 2012, remplacé par une demi-rente (50 %) du 1^{er} janvier au 30 avril 2013. Ce projet mentionnait en particulier les motifs suivants :

« [...] Vous avez présenté une incapacité de travail continue depuis le 31 octobre 2011 (début du délai d'attente d'une année), d'abord à 25 %, puis à 50 % dès le 28 novembre 2011, car vous avez dû modifier, puis interrompre votre traitement en cours pendant votre 2^{ème} grossesse, ce qui a provoqué une flambée inflammatoire incapacitante.

Suite à votre accouchement et la reprise de votre traitement, votre état de santé s'est amélioré et vos médecins attestent de la reprise du travail à 100 % comme précédemment, le 21 janvier 2013, ce que vous nous avez confirmé dans votre lettre du 9 juin 2013. [...] »

Par courrier du 22 novembre 2013, l'assurée a informé l'OAI du fait qu'à compter du mois d'août 2013, elle avait vu son temps de travail être réduit de vingt-huit périodes d'enseignement hebdomadaires - correspondant à un temps plein - à vingt-quatre. Son médecin avait en outre ramené ce temps de travail à douze périodes à compter du 5 septembre 2013.

Par décision du 20 mars 2014, l'OAI a confirmé son projet du 5 novembre 2013.

b) Par lettre à l'OAI du 7 avril 2014, l'assurée a exposé n'avoir pas repris d'activité plus importante, mais avoir au contraire été mise en arrêt total depuis le 21 mars 2014.

Par courrier du 11 avril 2014, l'OAI a avisé l'assurée qu'il considérait son courrier du 7 avril 2014 comme une nouvelle demande, lui impartissant un délai de trente jours pour produire un rapport médical rendant plausible une éventuelle modification du degré d'invalidité.

Par téléfax du 20 mai 2014, la Dresse S. _____ a transmis à l'OAI un rapport médical daté du même jour. Elle y confirmait le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séronégative et mentionnait en particulier ce qui suit :

« [...] Description de l'aggravation :

Depuis la 2ème grossesse, pour laquelle nous avons interrompu le traitement de fond de la PR, la patiente n'a jamais été remise en rémission de sa maladie. Elle présente une dégradation progressive de sa maladie, nécessitant le changement à plusieurs reprises du traitement de fond, le dernier traitement de fond est actuellement le Xeljanz. Progressivement, la capacité de travail s'est réduite, actuellement elle a eu des épisodes d'arrêt à 100 %. Le dernier arrêt de travail datait du 07 avril 2014, à 100 % jusqu'au 12 mai 2014. Antérieurement, arrêt de travail à 100 % du 21.03.14 au 07.04.14. Antérieurement, arrêt de travail à 50 % du 28.02.14 au 21.03.14. Antérieurement, arrêts de travail surtout à 50 % au moins depuis septembre 2013.

Pronostic :

Le pronostic est réservé, la patiente ne répondant pas aux traitements de fond conventionnels, ni aux biothérapies de la polyarthrite rhumatoïde, en échec déjà à deux anti-TNF [réd. : TNF : facteur de nécrose tumorale (tumor necrosis factor)] (Actemra, Orenia), actuellement sous Xeljanz. [...] »

Par lettre du 4 juin 2014, l'assurée a indiqué avoir partiellement repris son travail, à raison de six périodes hebdomadaires du 15 au 30 mai 2014, puis de douze périodes. Elle avait en outre demandé à réduire son taux d'activité de vingt-quatre à quatorze périodes à compter de la rentrée scolaire suivante.

Dans un avis médical du 30 juin 2014, le Dr F. _____ du SMR a pris position sur ces éléments selon ce qui suit :

« [...] Nous précisons d'entrée que c'est à l'assurée d'apporter la preuve d'un changement significatif de son état de santé dans cette situation. Les documents à disposition n'apportent de notre avis aucune information nouvelle que nous ne connaissions déjà précédemment : cf. RM [réd. : rapport médical] SMR antérieur ; l'étude des documents antérieurs montre bien que le diagnostic de PR séronégative reposait sans les éléments clefs que sont le Facteur Rhumatoïde, la VS [réd. : vitesse de sédimentation], les anticorps anti-CCP (cyclic citrullinated peptide, 95 % de spécificité), et un bilan radiologique montrant une atteinte évocatrice (hypertransparence osseuse, synovite pincement de l'interligne, microgêodes ou érosions). Nous faisons remarquer que le Dr C. _____, médecin du travail, à l'époque s'en remettait à une PR non érosive sans synovites. Nous rappelons que la PR est une maladie dégénérative inflammatoire chronique, caractérisée par une atteinte articulaire souvent bilatérale et symétrique, évoluant par poussées vers la déformation et la destruction des articulations atteintes. Le siège des synovites est la cible des petites articulations : poignets et chevilles et surtout mains et pieds au niveau des interphalangiennes proximales (ou IPP, entre 1^{ère} et 2^e phalanges) et articulations métacarpo-phalangiennes (ou MCP, entre le métacarpien et la 1^{ère} phalange). La topographie est en général bilatérale et symétrique.

Or aucune explication n'est fournie. Nous pointons par ailleurs que l'échec de 3 traitements actuellement peut poser question sur la vraisemblance prépondérante de ce diagnostic au vu de leurs résultats. Ainsi, les pièces présentées par le J. _____ sans preuves étayées de la péjoration (résultats bio, VS sous traitement ++, critères radiologiques et échographiques, score 2010 ACR/EULER pour les PR sup. à 6, cf. fiche jointe) relèvent pour l'instant plus de critères jurisprudentiels d'empathie du médecin traitant. Pour toutes ces raisons, nous n'avons aucune raison de nous écarter des constatations antérieures, et d'entrer en matière pour quelque raison que ce soit, faute d'argumentation de la partie adverse. Au total, nous en restons donc aux conclusions antérieures du RM SMR en considérant que la situation est inchangée pour l'instant. Nous n'entrons pas en matière. »

Le 2 juillet 2014, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision, indiquant qu'il n'entrerait pas en matière sur la nouvelle demande de prestations de cette dernière. Se fondant sur l'appréciation du Dr F. _____, il a considéré qu'aucun élément concret ne rendait une aggravation plausible.

L'assurée s'est déterminée par lettre du 11 juillet 2014, concluant en substance au prononcé d'une décision d'entrée en matière sur son cas. Elle a pour l'essentiel exposé que sa reprise d'activité à raison de douze périodes d'enseignement hebdomadaires avait été difficile et qu'elle avait augmenté sa prise d'anti-inflammatoires et de cortisone afin d'apaiser « un peu » ses douleurs. Elle a en outre indiqué avoir commencé une thérapie au mois de mai et s'être vue prescrire un changement de traitement, le Xeljanz ayant été un échec. Elle a annexé à sa lettre un rapport établi le 10 juillet 2014 par la Dresse S. _____, qui y reprenait ses précédentes constatations du 20 mai 2014, précisant toutefois que le traitement au Xeljanz avait échoué.

Se prononçant sur ce rapport par avis du 24 juillet 2014, le Dr F. _____ du SMR a intégralement confirmé sa précédente prise de position du 30 juin 2014.

Par courrier du 16 septembre 2014, l'assurée a indiqué qu'elle avait gardé un temps d'occupation de vingt-cinq périodes d'enseignement hebdomadaires, mais que la Dresse S. _____ lui avait établi un certificat

médical lui permettant de réduire ce temps à quatorze périodes pour une durée de six mois.

Par décision du 13 octobre 2014, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée, confirmant les motifs de son projet de décision du 2 juillet 2014.

B. Par acte du 12 novembre 2014, L._____, désormais représentée par le Centre social protestant - Vaud (ci-après : CSP), a interjeté recours contre cette décision en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il entre en matière sur son cas. Rappelant pour l'essentiel qu'elle ne devait établir l'aggravation de son état de santé qu'au degré de la vraisemblance, elle a contesté l'appréciation du Dr F._____ du SMR que l'OAI a reprise dans la décision attaquée.

Par arrêt du 16 mars 2015 (cause AI 268/14 - 59/2015), la Cour des assurances sociales a annulé la décision attaquée et renvoyé la cause à l'OAI, en retenant en particulier ce qui suit au considérant 4 de l'arrêt :

« Dans les motifs de sa décision, l'OAI s'est fondé sur les arguments développés par le Dr F._____ dans ses avis des 30 juin et 17 juillet 2014. Ceux-ci n'emportent toutefois pas la conviction. Ainsi, si ce praticien a certes pertinemment rappelé, en préliminaire à ses avis, qu'il appartenait à la recourante d'apporter les éléments justifiant une entrée en matière, il a soumis les informations produites à l'exigence de la preuve stricte, plus sévère que la simple vraisemblance exigée par le droit fédéral. La pertinence de son appréciation s'en trouve dès lors sérieusement mise en doute. A l'appui de sa position, le Dr F._____ a également remis en question le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde, ce qui pourrait selon lui expliquer l'échec des traitements administrés à la recourante. Cette appréciation, même si elle relève de l'hypothèse, ne tient pas compte du fait que ce diagnostic avait été posé de longue date par les Drs C._____, S._____ et D._____ et avait été admis par l'OAI dans sa décision du 5 novembre 2013 [recte : 20 mars 2014]. On relèvera par ailleurs que le diagnostic actuel de la Dresse S._____ se trouve dans la droite ligne de ses précédentes appréciations - dont la valeur probante n'a jamais été contestée -, de sorte qu'il paraît largement douteux que son jugement découle de son empathie envers la recourante plutôt que de constatations médicales objectives. Le Dr F._____ a d'ailleurs lui-même relevé que la polyarthrite rhumatoïde était une maladie

dégénérative chronique, ce qui plaide plutôt en faveur d'un changement de situation médicale, qui semble également possible à court délai.

Il ne découle pas encore de ce qui précède que l'OAI devait entrer en matière. Vu les circonstances du cas d'espèce, il ne pouvait toutefois pas exclure d'emblée une aggravation de la situation médicale de la recourante, mais devait requérir d'elle qu'elle produise les éléments lui permettant d'apprécier la vraisemblance d'un changement de situation en toute connaissance de cause. Le reproche du Dr F. _____ relatif à l'absence de documentation étayant une péjoration est à cet égard révélateur, dans la mesure où il est dirigé contre les pièces produites mais pas contre la situation de fait.

Il s'ensuit que le recours doit être admis et la décision attaquée du 13 octobre 2014 annulée. La cause est retournée à l'OAI pour qu'il requière un rapport médical plus circonstancié de la recourante, puis rende une nouvelle décision. »

C. A la suite de l'arrêt de renvoi du 16 mars 2015, l'OAI s'est adressé le 26 mai 2015 à l'assurée, en lui impartissant un délai pour produire un rapport médical circonstancié, respectivement tout élément objectif permettant d'apprécier la vraisemblance d'une modification de sa situation.

Le 23 juillet 2015, l'assurée, toujours représentée par le CSP, a adressé à l'OAI un rapport de la Dresse S. _____ du 18 mai 2015 selon lequel la patiente présentait une polyarthrite séronégative, non-érosive, ce diagnostic étant retenu selon les critères ACR et en l'absence d'arguments pour un autre diagnostic. Actuellement, avec une association de traitements, elle avait une capacité de travail de 14 périodes, l'incapacité de travail résiduelle persistant malgré l'adaptation du poste de travail (qui comportait l'alternance des positions assise et debout, l'absence de port de charge lourde, et l'absence de mouvements répétitifs et fins avec les doigts). Pour la Dresse S. _____, l'activité professionnelle était adaptée au handicap et n'était possible que pour 14 périodes. L'assurée a encore produit le 23 juillet 2015 un rapport du 17 juillet 2015 de la Dresse S. _____, à teneur duquel cette médecin expliquait que la capacité de travail de la patiente n'avait pas pu être augmentée à plus de 14 périodes depuis son accouchement en raison de ses problèmes médicaux (l'assurée ayant pu reprendre à 12 périodes le 1^{er} novembre 2014, puis 14 périodes à compter du 22 décembre 2014, cette capacité de 14 périodes ayant été possible en février, mars, avril, mai, juin et juillet 2015).

Par avis du 13 janvier 2016, le Dr F._____ du SMR a estimé qu'aucun critère objectif n'emportait l'approbation en faveur d'une aggravation. Au vu de la « conflictualité » du dossier, le Dr F._____ était toutefois d'avis qu'un examen SMR ou à l'externe sur le plan rhumatologique serait bienvenu.

Le 28 janvier 2016, le conseil de l'assurée a fait savoir à l'OAI que la situation de l'intéressée demeurait inchangée, avec une activité à 50 %, correspondant à 14 périodes par semaine, estimant dès lors qu'une dégradation de l'état de santé depuis la décision du 20 mars 2014 était manifeste.

Le 16 février 2016, la psychiatre H._____ et la psychologue M._____ ont indiqué que l'assurée était au bénéfice d'un suivi psychothérapeutique depuis le mois de mars 2014 à raison d'une séance hebdomadaire ; une médication antidépressive avait été introduite en octobre 2014 (Cipralex 10mg 1x/jour).

Le 19 février 2016, la Dresse S._____ a fait savoir à la Dresse Q._____, médecin traitant de l'assurée, que depuis la reprise de l'Enbrel en fin 2015, la patiente allait mieux. Les douleurs inflammatoires des articulations temporo-mandibulaires et des chevilles avaient cessé. Il persistait toutefois des douleurs des deux mains et des deux pieds. Le traitement était bien toléré.

Un examen clinique rhumatologique SMR a été effectué le 4 mars 2016 par le Dr G._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Dans son rapport du 7 mars 2016, ce médecin n'a posé, sur le plan ostéoarticulaire, aucun diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail. Sans effet sur la capacité de travail, il a fait état d'une polyarthrite rhumatoïde (PR) séronégative non érosive en rémission sous traitement d'Enbrel (M06.0) et de discopathies L4-L5 et L5-S1 asymptomatiques (M51.2). Pour le surplus, le Dr G._____ a fait l'appréciation suivante du cas :

« L'assurée indique la survenue de douleurs et de raideur des articulations MCP [réd. : métacarpophalangiennes] et IPP [réd. : interphalangiennes proximales] des mains après la naissance de son fils en novembre 2007. Les douleurs sont aussi apparues aux épaules, aux coudes, aux genoux, aux pieds, à la mâchoire. Au début de la maladie, l'assurée a constaté des épisodes de gonflement à 1-2 reprises au poignet D [réd. : droit], à l'annulaire D, au genou D. Plusieurs essais thérapeutiques ont été effectués, sans effets sur les douleurs. Vers 2010, un traitement à base d'Orencia® et d'Arava® a permis de stabiliser la maladie. Suite à un désir de grossesse, le traitement a été interrompu en 2011 et remplacé par de la cortisone. Deux mois après la naissance de l'enfant, les douleurs ont augmenté aux mains et aux pieds. La reprise du traitement d'Orencia® et d'Arava® n'a pas permis de diminuer les douleurs. Vers 2013, le traitement a été remplacé par de l'Enbrel®. Du Palexia® a été débuté en août 2013. Ces médicaments associés à un travail à mi-temps ont permis d'obtenir un équilibre acceptable. Depuis la naissance de sa fille, en 2012, l'assurée n'a plus constaté de gonflements articulaires.

L'assurée déclare qu'il subsiste de fortes douleurs lors du lever le matin au niveau des articulations MCP, IPP des mains, à la plante des pieds, aux orteils pendant env. 1 heure. Les mains sont raides pendant une vingtaine de minutes. Les douleurs diminuent ensuite jusque vers 17h00 où elles augmentent. Les jambes deviennent lourdes. L'assurée signale que vers 18h00, une grosse fatigue lui tombe dessus. Trois à quatre fois/année, l'assurée a des crises douloureuses qui touchent également les épaules, les coudes, les poignets, les genoux. Ces crises douloureuses durent env. 2 semaines. En dehors des crises douloureuses, il n'y a pas de réveils nocturnes.

En raison de la persistance des douleurs et de la fatigue, l'assurée a senti qu'elle sombrait dans une dépression il y a 2 ans en arrière. Un suivi auprès d'une psychologue et la prise de Citalopram® ont eu un effet favorable, avec toutefois la persistance d'épisode de déprime lors des crises douloureuses.

A l'examen clinique, la marche s'effectue d'un pas normal, sans boiterie. Les changements de position assis/debout/coucher s'effectuent rapidement. La position assise est bien tolérée pendant les 75 minutes de l'entretien.

La mobilité cervicale est conservée dans tous les axes, indolore. La mobilité lombaire est légèrement diminuée pour la flexion et l'extension ; l'extension max. et l'inclinaison G [réd. : gauche] provoque une douleur au flanc D de type musculaire.

La gestuelle spontanée est libre. Les articulations périphériques ne présentent pas de signes inflammatoires. L'amplitude articulaire des épaules est conservée malgré des douleurs lors de l'antépulsion, l'abduction, la rotation interne maximales. L'examen des coudes est normal. Il y a des douleurs à la palpation et à la mobilisation des poignets, des articulations MCP des doigts ddc [réd. : des deux côtés], et des IPP des doigts longs ddc. Il n'y a pas de synovite.

L'examen des hanches est sp [réd. : sans particularité]. Les genoux sont calmes. Il y a des douleurs palpatoires au niveau des interlignes articulaires fémoropatellaires internes et externes ddc. Les amplitudes articulaires des genoux sont bonnes ; il y a un léger recurvatum ddc (extension max. de 10°). Aux chevilles, la palpation de la région périmalléolaire externe est douloureuse ddc ; la région

périmalléolaire interne est douloureuse du côté G. Les avant-pieds sont diffusément douloureux jusqu'aux articulations IPP. Il n'y a pas de tuméfaction, pas de synovite. Selon le score de Beighton, il n'y a pas d'hyperlaxité articulaire.

Les radiographies (RX) des mains et des pieds du 11.02.2009 et du 01.06.2015 ne montrent pas d'érosion osseuse.

Les RX de la colonne lombaire du 30.04.2010 montrent un pincement modéré en L5-S1. Le rapport de l'IRM lombaire du 28.10.2010 indique un prolapsus discal postéro-médian en L4-L5, une protrusion discale postéro-médiane en L5-S1.

L'IRM des mains du 01.11.2013 ne montre pas de signe inflammatoire. L'US Doppler polyarticulaire du 07.03.2016 ne montre qu'une légère synovite fémoro-patellaire G.

Les bilans de laboratoire montrent une CRP [réd. : protéine C réactive] augmentée du 13.02.2013 au 16.02.2013. Cette augmentation est vraisemblablement en rapport avec la pneumonie qu'a eue l'assurée à cette époque et pas avec la PR. Les examens de laboratoires n'apportent pas d'éléments diagnostiques pour une PR.

Une polyarthrite périphérique symétrique, avec 13 articulations tuméfiées est documentée dans le rapport du 18.02.2009 du Dr P. _____ et du Dr T. _____. Une PR séronégative non érosive a pu être diagnostiquée. Actuellement, seul le genou G présente une légère synovite. Sous traitement d'Enbrel, les critères diagnostiques pour une PR ne sont plus présents. Le Dr S. _____ mentionne l'absence de synovite depuis le 2^{ème} accouchement (cf. rapport du 18.05.2015). L'assurée confirme qu'elle n'a plus constaté d'articulations gonflées depuis la naissance de sa fille, en 2012.

Le traitement permet donc d'obtenir un bon contrôle de la maladie sur le plan inflammatoire, ce que confirment les examens cliniques, les bilans de laboratoire et l'imagerie médicale. Les plaintes principales de l'assurée sont essentiellement subjectives : douleurs, fatigue. Malgré les douleurs et la fatigue, l'assurée travaille comme maîtresse généraliste à un taux de 50 %. En dehors de son activité professionnelle, l'assurée s'occupe de ses enfants, les conduit à l'école ou aux activités extra-scolaires, accompagne son mari pour ses matchs de tennis, cuisine, effectue des activités ménagères. Les nombreuses activités extra-professionnelles de l'assurée montrent qu'elle dispose de bonnes ressources physiques. Il est vraisemblable que si l'assurée n'avait pas à s'occuper de ses enfants, elle pourrait travailler à un taux supérieur dans son activité qui est adaptée à la PR.

Une aggravation de l'état de santé de l'assurée n'est pas objectivable. La capacité de travail reste donc totale dans l'activité de maîtresse généraliste qui est une activité légère sur le plan physique depuis le 21.01.2013 (cf. rapport SMR du Dr V. _____ du 23.10.2013).

En cas de nouvelle exacerbation des douleurs, des inflammations articulaires devraient être objectivées sur le plan clinique ou radiologique avant de modifier le traitement actuel.

La colonne lombaire avec des discopathies L4-L5 et L5-S1 objectivées sur les RX de la colonne lombaire du 30.04.2010 et l'IRM du 28.10.10 est très peu symptomatique lors de l'examen de ce jour. Il n'y a pas de limitation dans l'activité de maîtresse généraliste. Ces discopathies ne sont pas non plus déclarées incapacitantes par les médecins traitants.

Limitations fonctionnelles

Marche au-delà de 1 heure, positions debout statiques au-delà de 15 minutes, positions assises au-delà de 2 heures, port de charges occasionnel au-delà de 15 kg, port de charges répétitif au-delà de 5 kg, travaux de force, mouvements répétitifs.

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

En l'absence d'aggravation objectivable de la PR, il n'y a pas d'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle qui est adaptée aux limitations fonctionnelles.

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

La CT est restée totale dans l'activité habituelle de maîtresse généraliste.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 100 %

DEPUIS LE 21.01.2013 »

Le Dr G._____ a complété son examen de l'assurée par des examens d'imagerie, sous forme d'échographies multiples (coudes, genoux, poignets, articulations métacarpo-phalangiennes et interphalangiennes 2 à 5 des deux côtés, métatarso-phalangiennes et interphalangiennes 2 à 5 des orteils des deux côtés). La Dresse B._____, radiologue, a analysé les résultats de ces échographies comme suit :

« Coudes : Examen dans les limites de la norme ddc.
Poignets, articulations métacarpo-phalangiennes et interphalangiennes ddc : Examen dans les limites de la norme.
Genoux : Légère synovite aiguë fémoro-patellaire gauche avec hyperémie légère.
Articulations métatarso-phalangiennes et interphalangiennes des orteils 2 à 5 ddc : Examen dans les limites de la norme. »

Par avis du 24 mars 2016, le Dr F._____ du SMR a estimé qu'il convenait de suivre l'appréciation du Dr G._____, et de retenir que l'assurée présentait une capacité de travail entière dans son activité habituelle de maîtresse d'école depuis janvier 2013, les limitations fonctionnelles étant les suivantes : marche au-delà de 1h, positions debout statiques au-delà de 15mn, positions assises au-delà de 2h, port de

charges occasionnel au-delà de 15 kg, port de charges répétitif au-delà de 5 kg, travaux de force, mouvements répétitifs.

Par projet de décision du 1^{er} avril 2016, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser les prestations, dès lors que son activité habituelle d'enseignante pouvait être exercée à plein rendement depuis janvier 2013.

L'assurée, par le CSP, a fait part de ses observations sur le projet de décision le 4 mai 2016, en relevant pour l'essentiel que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à son taux contractuel de 83 %, mettant en avant le fait que les douleurs survenant brusquement et la fatigue l'empêchaient de travailler à ce taux. Elle avait trouvé un équilibre avec un 50 %, qui correspondait au maximum de ce qu'elle pouvait fournir, arguant être par ailleurs suivie pour un état dépressif depuis deux ans.

Par décision du 13 mai 2016, l'OAI a maintenu le refus de prestations. Par courrier du même jour, l'OAI a pris position sur les observations de l'assurée.

D. Par acte du 28 juin 2016, L._____, toujours représentée par le CSP, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une demi-rente, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire. En substance, elle a fait valoir que son état ne lui permettait pas de travailler à plus de 50 % dans son activité, en soutenant que le Dr G._____ ne s'était pas prononcé sur les rapports de la Dresse S._____ selon lesquels sa capacité de travail était de 50 %, et que ses conclusions n'étaient pas suffisamment motivées. Elle se demandait en outre comment l'expert pouvait arriver à la conclusion que sa capacité de travail était entière, alors qu'il avait relevé dans son rapport qu'elle ne travaillait qu'à 50 % depuis plusieurs années en raison des douleurs et du manque de sommeil. Elle a encore relevé que ses douleurs et la

dépression qui en a découlé ont été attestées par la Dresse S._____, laquelle n'était pas son médecin traitant, mais une rhumatologue travaillant pour le J._____. Elle a observé que sa psychologue avait confirmé qu'elle souhaitait s'en sortir mais se trouvait toutefois confrontée aux limitations de sa maladie, estimant dès lors que le Dr G._____ n'était pas fondé à qualifier ses plaintes de subjectives. Dans un dernier moyen, elle a estimé se trouver préévaluée, dans la mesure où, si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 80 % en raison de la « répartition traditionnelle des tâches », s'estimant discriminée, et sollicitant que le calcul du taux d'invalidité se fasse sur un 100 % et non pas sur un 80 %. A titre de mesures d'instruction, la recourante a demandé la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire. Avec son recours, elle a produit notamment un rapport du 23 mai 2016 de la Dresse H._____ et de la psychologue M._____, à teneur duquel elle était au bénéfice d'un suivi psychothérapeutique depuis le mois de mars 2014, avec médication antidépressive (Cipralex 10mg 1x/jour) depuis octobre 2014. Au fil du traitement, une amélioration de l'état dépressif avait été notée ; l'assurée faisait son maximum pour vivre sa vie de mère et de femme comme tout le monde mais elle se retrouvait quotidiennement face à ses limites, qui étaient notamment l'épuisement en lien avec ses douleurs chroniques et qui nécessitait des moments de retrait de la vie sociale et familiale et finissait par avoir un impact important sur son état psychique. La recourante a également produit un rapport du 14 juin 2016 de la Dresse S._____, à la teneur suivante :

« [...] objectivement, depuis la naissance de son deuxième enfant, on ne peut pas dire que la polyarthrite rhumatoïde n'est pas contrôlée. Néanmoins, subjectivement la patiente n'arrive pas à assumer une activité professionnelle à 100 % comme antérieurement, en lien avec la fatigue, la douleur et les complications des traitements liés à sa maladie. Dans ce sens, je peux dire deux choses :

1. La première c'est qu'à l'accouchement de 2012, lorsque la patiente a repris son travail en 2013, elle travaillait à 100 %. J'ai dû la voir mensuellement à ce moment-là, jusqu'en juillet 2013 en raison de douleurs toujours présentes et persistantes. Quand finalement la patiente a eu une activité professionnelle stabilisée à 50 %, nous avons pu espacer les intervalles de consultation aux trois mois.

2. Le deuxième point, c'est que lorsqu'elle a travaillé à 100 % après l'accouchement, elle a présenté une pneumonie en février puis un lichen du cuir chevelu, complications infectieuses et auto-immunes en lien avec son traitement ET son état général. Depuis sa diminution d'activité professionnelle à 50 %, les traitements sont mieux tolérés.

Il y a donc un bénéfice indirect de l'adaptation du taux d'activité à 50 %. »

Dans sa réponse du 1^{er} septembre 2016, l'OAI a proposé le rejet du recours. Il s'est pour le surplus référé à un avis du SMR du 24 août 2016 établi par le Dr F._____, selon lequel il y avait lieu de suivre les avis convaincants du Dr G._____, en relevant en particulier que somatiquement, la Dresse S._____ se rangeait à l'avis de l'expert et ne mettait en avant que des critères subjectifs et des arguments non recevables pour une modification de la capacité de travail. Sur le plan psychiatrique, le Dr F._____ a relevé qu'aucun diagnostic incapacitant selon la CIM 10 n'était retenu, 10 mg de Cipralex n'étant pas un traitement qui plaidait en faveur d'une atteinte psychiatrique dont la force était considérée comme incapacitante.

Le 26 septembre 2016, la recourante a encore exposé que l'expertise rhumatologique était correcte mais ne prenait pas en compte ses capacités résiduelles, requérant qu'un expert neutre soit désigné afin de se prononcer spécifiquement sur ses capacités fonctionnelles.

Le 4 octobre 2016, la juge alors en charge du dossier a écrit à la recourante que dans son rapport d'examen du 7 mars 2016, le Dr G._____ décrivait ses limitations fonctionnelles, lui impartissant un délai pour indiquer quelles questions complémentaires elle voudrait voir poser à un éventuel expert, réservant l'opportunité d'un complément d'expertise.

Le 18 octobre 2016, la recourante a expliqué ne pas avoir de catalogue de questions à soumettre, répétant son souhait de vouloir faire l'objet d'une évaluation de ses capacités fonctionnelles (« ECF »), estimant que cet examen était le seul reconnu en Suisse pour déterminer objectivement les aptitudes nécessaires à la réalisation d'un travail

productif, et requérant que ledit examen soit ordonné, subsidiairement que la procédure soit suspendue afin de permettre sa mise en œuvre.

Un délai au 31 janvier 2017 lui a alors été imparti pour produire le rapport de cet examen.

Le 31 janvier 2017, la recourante a produit le rapport d'évaluation des capacités fonctionnelles, établi le 10 janvier 2017 par l'ergothérapeute N._____. Selon celui-ci, au vu de l'augmentation modérée de la douleur et de la diminution des capacités fonctionnelles lors d'une activité prolongée, il était nécessaire de proposer en situation de cumuls de contraintes physiques une réduction substantielle de la capacité de travail sous la forme d'une diminution du temps de présence, correspondant à un 50 % de son temps de travail habituel. Pour l'auteur du rapport, la comparaison entre les aptitudes réalisées au cours de l'évaluation et les principales exigences physiques de l'activité professionnelle montrait que le profil du poste de travail ne possédait actuellement pas toutes les capacités physiques permettant à l'intéressée d'effectuer l'entier de ses tâches à 100 % sans risque pour sa santé. Les propositions thérapeutiques consistaient en une adaptation ergonomique du poste de travail ainsi que l'essai et la mise en place de moyens auxiliaires autant à domicile qu'au poste de travail.

Se déterminant à ce sujet le 22 mars 2017, l'OAI a à nouveau proposé le rejet du recours, en se référant à un avis SMR du 3 mars 2017 du Dr F._____, selon lequel il n'y avait pas lieu de modifier les conclusions, l'ergothérapeute ayant rédigé le rapport ECF plaidant en faveur d'un 50 % sans plus ample argumentation, alors que l'assurée a déjà un poste adapté et de faible intensité physique.

Le 27 avril 2017, la recourante a renvoyé à ses précédentes déterminations.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit en cette matière la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

c) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile. Il respecte en outre les formalités prévues par la loi au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont

des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 ; 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 2c).

En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'AI, à la suite de la lettre qu'elle a adressée à l'OAI le 7 avril 2014, que l'intimé a traitée comme une nouvelle demande.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie 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 (cf. art. 6 LPGA).

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins (cf. art. 28 al. 1 let. c LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133

consid. 2 ; cf. TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 et les références citées).

c) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; cf. TF 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 6.2 et 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), bien qu'ils ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (cf. ATF 135 V 254 consid. 3.4), peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; TF 9C_355/2014 du 2 décembre 2014 consid. 4.2 et 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; cf. également TF 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 non publié in ATF 135 V 254). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes

faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; cf. TF 9C_355/2014 et 9C_500/2011 précités loc. cit.).

4. a) Selon l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. Les exigences découlant de cette réglementation doivent 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 l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2 et 5.3.1 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b avec les références ; cf. TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.1). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (cf. ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 112 V 371 consid. 2b ; TF 8C_162/2016 du 2 mars 2017 consid. 3.1).

b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (cf. ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_789/2012 précité consid. 2.2). Par contre, lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande après un précédent refus de prestations, selon l'art. 87 al. 3 RAI, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par

l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et 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 (cf. ATF 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impuissance ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impuissance donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (cf. ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence citée).

5. 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 (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de l'assuré en cas de doute (cf. ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références).

6. En l'espèce, à la suite de l'arrêt de renvoi de la Cour de céans du 16 mars 2015, l'OAI est entré en matière sur la deuxième demande de prestations de l'assurée déposée le 7 avril 2014, qu'il a rejetée par décision du 13 mai 2016. Il convient dès lors d'examiner si c'est à bon droit que ce refus a été prononcé, singulièrement de déterminer si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force - soit la

décision du 20 mars 2014 - et la décision litigieuse, l'état de santé de la recourante s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'AI.

Pour statuer sur les prétentions de l'assurée dans le cadre de la première demande, l'office s'est fondé sur le rapport SMR du 23 octobre 2013 du Dr V._____, lequel reposait en particulier sur les constatations de la Dresse S._____ des 13 juin 2012 et 24 mai 2013. Le 13 juin 2012, la Dresse S._____ avait ainsi fait état d'une polyarthrite rhumatoïde chez sa patiente, qui avait flambé lorsque celle-ci avait arrêté son traitement d'Orencia et d'Arava devant un désir de grossesse, période d'une année durant laquelle l'incapacité de travail avait oscillé entre 50 et 100 %. Dans son rapport du 24 mai 2013, cette médecin avait toutefois constaté que la capacité de travail avait été totale dès le mois de février 2013, oscillant depuis lors entre 80 et 100 %. L'assurée s'était ainsi vu reconnaître le droit à une rente limitée dans le temps, du 1^{er} octobre 2012 au 30 avril 2013 (à savoir un quart de rente [48 %] dès le 1^{er} octobre 2012, remplacé par une demi-rente [50 %] du 1^{er} janvier au 30 avril 2013).

A teneur de la décision entreprise, du 13 mai 2016, ni les rapports médicaux apportés, ni les investigations médicales complémentaires entreprises n'avaient permis d'objectiver l'aggravation de l'état de santé alléguée, l'activité habituelle d'enseignante, respectueuse des limitations fonctionnelles, pouvant être exercée avec plein rendement, et ce dès janvier 2013.

Il y a lieu tout d'abord de constater - point qui n'est désormais plus remis en cause par l'intimé -, que la recourante souffre bien d'une polyarthrite rhumatoïde, diagnostic posé de longue date par les Drs C._____, S._____ et D._____, et admis par l'OAI dans sa décision du 20 mars 2014.

Dans le cadre de l'instruction de la demande à la suite de l'arrêt du 16 mars 2015, le Dr G._____ du SMR a examiné l'assurée, le 4 mars 2016. Dans son rapport du 7 mars 2016 faisant suite à cet examen,

si ce médecin a lui aussi retenu le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séronégative non érosive chez la recourante, il l'a toutefois jugé sans effet sur la capacité de travail, en observant la rémission de cette atteinte sous traitement d'Enbrel (M06.0), constatant également sans effet sur la capacité de travail la présence de discopathies L4-L5 et L5-S1 asymptomatiques (M51.2). Le Dr G._____ a longuement expliqué les motifs le conduisant à ne pas retenir le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde comme étant incapacitant. Il a ainsi en particulier relevé, en se fondant sur les déclarations de l'assurée, que depuis la naissance de sa fille en 2012, celle-ci n'avait plus constaté de gonflements articulaires. A l'examen clinique, le Dr G._____ a observé que la marche s'effectuait d'un pas normal, sans boiterie, que les changements de position assises/debout/coucher s'effectuaient rapidement, et que la position assise avait été bien tolérée pendant les 75 minutes de l'entretien. La mobilité cervicale était conservée dans tous les axes, indolore, la mobilité lombaire étant légèrement diminuée pour la flexion et l'extension. Les articulations périphériques ne présentaient pas de signes inflammatoires. L'amplitude articulaire des épaules était conservée malgré des douleurs lors de l'antépulsion. L'examen des coudes était normal. Il y avait des douleurs à la palpation et à la mobilisation des poignets, des articulations métacarpophalangiennes des doigts des deux côtés et des interphalangiennes proximales des doigts longs des deux côtés mais pas de synovite. Quant à l'examen des hanches, il était sans problème. Les genoux étaient calmes, avec toutefois des douleurs à la palpation au niveau des interlignes articulaires fémoropatellaires internes et externes des deux côtés. Aux chevilles, la palpation de la région péri-malléolaire externe était douloureuse des deux côtés et la région péri-malléolaire interne douloureuse du côté gauche. Les avant-pieds étaient diffusément douloureux jusqu'aux articulations interphalangiennes proximales. Il n'y avait cependant pas de tuméfaction, ni de synovite. Quant aux radiographies des mains et des pieds des 11 février 2009 et 1^{er} juin 2015, elles ne montraient pas d'érosion osseuse, pas plus que l'IRM des mains du 1^{er} novembre 2013 ne montrait de signe inflammatoire, l'US Doppler polyarticulaire du 7 mars 2016 ne montrant qu'une légère synovite fémoro-patellaire gauche. Le Dr G._____ a dès lors constaté

qu'actuellement, seul le genou gauche présentait une légère synovite. Il en résultait que sous traitement d'Enbrel, les critères diagnostiques pour une polyarthrite rhumatoïde n'étaient pas présents, la Dresse S._____ ayant également noté l'absence de synovite depuis le deuxième accouchement dans son rapport du 18 mai 2015.

C'est sur la base de ces observations que le Dr G._____ a constaté que le traitement permettait d'obtenir un bon contrôle de la maladie sur le plan inflammatoire, ce que confirmaient les examens cliniques, les bilans de laboratoire et l'imagerie médicale.

Quant aux plaintes de l'assurée, elles ont été dûment prises en compte par le Dr G._____, qui a notamment relevé qu'elles étaient essentiellement subjectives (douleurs, fatigue), et que l'assurée, en dehors de son activité professionnelle, avait de nombreuses activités (s'occuper de ses enfants, les conduire à l'école ou aux activités extrascolaires, accompagner son mari pour ses matchs de tennis, cuisiner, effectuer des activités ménagères), qui montraient qu'elle disposait de bonnes ressources physiques, relevant qu'il était vraisemblable que si l'assurée n'avait pas à s'occuper de ses enfants, elle pourrait travailler à un taux supérieur dans son activité qui était adaptée à la polyarthrite rhumatoïde. Ainsi pour le Dr G._____, une aggravation de l'état de santé de l'assurée n'était pas objectivable, si bien que la capacité de travail demeurait entière dans l'activité habituelle de maîtresse généraliste, qui était une activité légère sur le plan physique, et ce depuis le 21 janvier 2013, avec les limitations fonctionnelles suivantes : pas de marche au-delà de 1 heure, éviter les positions debout statiques au-delà de 15 minutes et les positions assises au-delà de 2 heures, pas de port de charges occasionnel au-delà de 15 kg, pas de port de charges répétitif au-delà de 5 kg, pas de travaux de force ni de mouvements répétitifs.

Le rapport du Dr G._____ du 7 mars 2016 a été établi en pleine connaissance du dossier de l'assurée, sur la base d'examens complets de cette dernière, dont il a pris les plaintes en considération. Le Dr G._____ a au demeurant complété son examen par une série

d'échographies multiples. Ses conclusions sont claires et bien motivées, et permettent de reconnaître une pleine valeur probante à son rapport. Il ne subsiste pas de doutes, même faibles, quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales du Dr G._____.

En particulier, ses observations ne sont pas contredites par celles de la Dresse S._____, dont le Dr G._____ a par ailleurs tenu compte dans son rapport. Cette médecin a du reste constaté comme le Dr G._____ que, depuis la reprise de l'Enbrel, la patiente allait mieux, les douleurs inflammatoires des articulations temporo-mandibulaires et des chevilles ayant cessé, seules demeurant des douleurs aux mains et aux pieds - prises en compte par le Dr G._____ (cf. rapport de la Dresse S._____ du 19 février 2016). Le fait que le Dr G._____ ait relevé dans son rapport que l'assurée travaille depuis plusieurs années à 50 %, respectivement qu'elle se plaint de douleurs et de fatigue, ne permet pas encore de retenir, contrairement à ce que souhaiterait l'intéressée, que c'est un taux d'incapacité de travail de 50 % qui aurait dû être retenu : le Dr G._____ avait en effet pour tâche d'évaluer la capacité de travail médico-théorique de la recourante, et non pas de tenir pour établi, sans autre forme d'examen, le fait qu'elle ne pourrait travailler qu'au taux de 50 %, car c'est à ce taux qu'elle estime être en mesure de travailler. Le Dr G._____ a en outre tenu compte, comme indiqué ci-dessus, de l'allégation de douleurs et de fatigue. A cela s'ajoute que la Dresse S._____ a également constaté qu'objectivement, depuis la naissance du deuxième enfant de l'assurée, la polyarthrite rhumatoïde était contrôlée ; elle estimait la capacité de travail résiduelle à 50 % car « subjectivement » la patiente n'arrivait pas à assumer une activité à 100 % (cf. rapport du 14 juin 2016), sans toutefois amener d'éléments permettant d'étayer ce point de vue, sinon un épisode de pneumonie et une affection du cuir chevelu apparus lors de la reprise faisant suite au deuxième accouchement de la recourante.

Certes la Dresse S._____ est spécialiste en rhumatologie. Elle n'en demeure pas moins la médecin traitant de l'assurée dans la mesure où elle la suit personnellement à tout le moins depuis le début de

l'année 2012, voire même précédemment, la recourante étant suivie à la polyclinique de rhumatologie du J. _____ depuis le 11 février 2009 ; il ne fait dès lors nul doute qu'une relation de confiance particulière a été nouée entre elle et l'assurée, dont il y a lieu de tenir compte (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; cf. TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Quant au rapport de l'ergothérapeute produit le 31 janvier 2017 par la recourante, il ne vient pas non plus contredire les observations du Dr G. _____ : l'ergothérapeute (au demeurant non médecin) relève en effet que c'est en situation de « cumuls de contraintes physiques » qu'une réduction de la capacité de travail est préconisée. Il a listé les « problèmes principaux » de l'activité professionnelle en relevant la position debout prolongée, les ports de charges (livres, dossiers), les préhensions fines et les accès zones basses et hautes. Or le Dr G. _____ a retenu au titre des limitations fonctionnelles, notamment, les positions debout statiques au-delà de 15 minutes, le port de charges répétitif au-delà de 5 kg, les travaux de force et les mouvements répétitifs. Ce document n'est dès lors pas de nature à remettre en cause les conclusions du rapport du Dr G. _____.

Il n'est pour le surplus pas contesté que la recourante bénéficie d'un suivi psychothérapeutique depuis 2014 et qu'au fil du traitement, une amélioration de l'état dépressif a été notée (cf. rapport du 23 mai 2016), aucun diagnostic incapacitant selon la CIM 10 n'ayant au demeurant été retenu (cf. avis du Dr F. _____ du 24 août 2016).

Quant à l'argument de la recourante selon lequel elle serait discriminée, il est dénué de portée en l'espèce, dans la mesure où l'OAI a retenu la concernant un statut d'active à 100 %. On relèvera à cet égard que l'assurée elle-même a indiqué le 14 mai 2012 sur le formulaire de détermination du statut qu'en bonne santé, elle travaillerait à plein temps par nécessité financière et intérêt personnel.

7. En définitive, il apparaît qu'en rejetant, par décision du 13 mai 2016, la nouvelle demande de prestations déposée par l'assurée le 7 avril 2014, l'OAI n'a pas agi de manière contraire au droit.

Compte tenu de ce qui précède, la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire n'apparaît pas nécessaire dans la présente affaire (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et 134 I 140 consid. 5.2 et les références citées). En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

8. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais de procédure doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 13 mai 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Centre social protestant - Vaud, Mme Claudia Frick (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :