

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 25 janvier 2024

---

Composition : M. PIGUET, président  
MM. Neu et Wiedler, juges  
Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Elio Lopes, avocat, à Fribourg,

et

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

---

**Art. 17 LPGA ; art. 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1971, est mariée et mère de trois enfants adultes. Sans formation professionnelle certifiée, elle a exercé des activités du secteur agricole, d'ouvrière en horlogerie et de nettoyeuse.

L'assurée a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité par demande déposée le 29 avril 2013 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

L'OAI a requis un rapport auprès du Dr C.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, lequel a fait part, le 22 mai 2013, des diagnostics incapacitants de cervico-dorsalgies et de céphalées à la suite d'un traumatisme par décélération avec coup du lapin, de syndrome somatoforme douloureux, de vertiges et de lombalgies récidivants sur troubles statiques. Il mentionnait également les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de status après opération du pied gauche et hystérectomie totale, ainsi que de migraines avec possibles auras visuelles. Il exposait que les douleurs de sa patiente avaient débuté dans les suites d'un accident de voiture survenu le 18 août 2009 et que la capacité de travail était restreinte à 50 % depuis lors.

A la demande de l'OAI, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a produit un tirage du dossier constitué par ses soins à la suite de l'accident du 18 août 2009. Il en ressort que la CNA a servi des indemnités journalières à l'assurée du 21 août au 22 novembre 2009, puis retenu que celle-ci avait recouvré une pleine capacité de travail. A notamment été versé à son dossier un rapport du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, du 22 octobre 2009, concluant à un examen normal, sans affection structurelle majeure du système locomoteur et nerveux, en dépit de nombreux artefacts musculaires en lien avec une tension et une anxiété. Ce spécialiste retenait une distorsion cervicale simple de degré I à II, accompagnée d'un choc psychologique important, survenue auprès d'une assurée souffrant préalablement de manifestations

anxieuses (phénomènes de paresthésies et d'oppression thoracique). Il préconisait la prise d'antalgiques et des séances de physiothérapie relaxante, tout en précisant que l'essentiel du traitement devait, selon lui, relever du registre psychologique.

Sollicité pour avis, le Service médical régional (SMR) a conclu, le 22 août 2013, à l'absence d'atteinte à la santé incapacitante au sens de l'assurance-invalidité.

Par décision du 7 octobre 2013, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité.

**B.** B.\_\_\_\_\_ a formulé une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité le 9 août 2016, indiquant être en incapacité totale de travail depuis le 1<sup>er</sup> mars 2016 en raison de dépression, de problèmes psychiques et de douleurs aux membres et à la nuque.

Faute d'éléments produits par l'assurée pour rendre plausible une modification de son état de santé, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations par décision du 1<sup>er</sup> novembre 2016.

**C.** En date du 19 novembre 2018, B.\_\_\_\_\_ a déposé une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité, exposant souffrir de dorsalgies chroniques, aggravées depuis 2018, et d'une dépression grave.

Dans un rapport du 18 décembre 2018, le Dr C.\_\_\_\_\_ a confirmé la péjoration de l'état de santé alléguée par sa patiente. Il soulignait l'avoir suivie pour des problèmes du rachis cervico-thoraco-lombaire, auxquels s'ajoutaient des douleurs ostéoarticulaires touchant les épaules, les genoux et les membres inférieurs. Une insuffisance veineuse chronique de stade 3, associée à un lipœdème symptomatique et à un lymphœdème, avait également été diagnostiquée. L'assurée avait consulté la Dre H.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie au sein du Centre

médical [...], et le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en médecine du sport. Le 15 novembre 2017, la Dre H.\_\_\_\_\_ avait relevé des douleurs extrêmement diffuses contrastant avec une excellente mobilité tant rachidienne que sous-pelvienne, en l'absence de signe de conflit disco-radicaire des membres supérieurs ou inférieurs. Un scanner du bassin et un examen neurologique s'avéraient normaux. La poursuite d'une physiothérapie particulièrement active était préconisée dans le contexte douloureux chronique et de déconditionnement. Quant au Dr G.\_\_\_\_\_, il avait retenu, dans son rapport du 25 septembre 2018, les diagnostics d'obésité morbide de type II avec BMI [réf. : indice de masse corporelle] à 39.1 et lipœdème symptomatique, ainsi que d'insuffisance veineuse chronique avec incontinence des réseaux saphènes internes, varicosités réticulaires distales et anastomose interne/externe pathologique bilatérale. Il recommandait de poursuivre un traitement conservateur (diurétiques, drainage lymphatique, phlébotropes, port de chaussettes de contention et régime) avant d'envisager une option chirurgicale.

Le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui suivait l'assurée depuis février 2017, a adressé un rapport à l'OAI le 2 février 2019. En sus des problématiques physiques, sa patiente présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.10), et une anxiété généralisée (F41.1), en recrudescence depuis la fin de l'année 2016. Il constatait un état de chronicisation et de cristallisation des symptômes et des souffrances douloureuses, anxieuses et dépressives, malgré un traitement antidépresseur et anxiolytique, ce qui limitait « gravement ses capacités à tenir son ménage et sa capacité lucrative ». Le pronostic était réservé, vu la chronicité des affections psychiques et somatiques.

L'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée, sur recommandation du SMR du 6 mai 2019, et a recueilli des rapports actualisés auprès des médecins traitants.

Le 23 mai 2019, la Dre H.\_\_\_\_\_ a rappelé que l'assurée souffrait de cervicalgies et de cervicarthrose, de gonalgies et d'œdèmes multiples. Elle n'était pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail. Était produit en annexe un rapport adressé le 18 février 2019 au Dr C.\_\_\_\_\_, dans lequel la Dre H.\_\_\_\_\_ relevait l'extrême chronicité de la situation douloureuse, associée à une surcharge pondérale relativement sévère. Les cervicalgies étaient au premier plan avec des contractures para-cervicales bilatérales et des céphalées postérieures, ainsi que des œdèmes des membres inférieurs. Des séances de physiothérapie associée aux bains thérapeutiques étaient prescrites.

Le 29 juillet 2019, le Dr C.\_\_\_\_\_ a fait état des diagnostics de cervico-dorso-lombalgies sur troubles statiques et dégénératifs avec discopathies C3-C4, C4-C5, C5-C6, D7-D8, D8-D9, D9-D10 et discopathie étagée lombaire L2-L3, L4-L5 et L5-S1, d'un état dépressif moyen à sévère, de migraines aiguës récidivantes, d'une insuffisance veineuse chronique avec douleurs des jambes et d'une obésité morbide de type II. La capacité de travail était nulle depuis 2015 comme femme de ménage et de 50 % dans un travail sans port de charges, avec la précision qu'une activité adaptée n'était « guère envisageable, compte tenu d'une scolarité précaire et des difficultés linguistiques ». Le Dr C.\_\_\_\_\_ a joint un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) cervico-dorso-lombaire de la Radiologie [...] du 20 février 2017, lequel concluait à une fusion antérieure d'aspect acquis des corps vertébraux D10-D11-D12 et lésions de rengraissement des listels vertébraux antérieurs de D7, D8 et D9, lesquels pouvaient suggérer des altérations séquellaires de spondylarthropathie axiale ankylosante, à l'absence de conflit radiculaire sur l'ensemble de la colonne cervico-dorso-lombaire en présence de discopathies légères au niveau cervical moyen, au niveau dorsal moyen et un peu plus prononcées au niveau lombaire, surtout en D12-L1 et L2-L3, ainsi qu'à une arthrose inter-apophysaire postérieure essentiellement lombaire, en L1-L2, L3-L4 et L4-L5, avec petit Bastrup inter-épineux L4-L5 associé.

Par avis du 6 janvier 2020, le SMR a suggéré la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire avec volets de médecine interne, de rhumatologie et de psychiatrie.

Un mandat d'expertise pluridisciplinaire a été confié au Centre d'expertises médicales K.\_\_\_\_\_ le 5 février 2020, respectivement aux Drs N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et M.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie. Ces médecins ont communiqué leur rapport le 8 juillet 2020. Aux termes de leur évaluation consensuelle du cas, les experts ont retenu les diagnostics suivants :

- syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4),
- dysthymie (F34.1),
- autres troubles anxieux mixtes (F41.3),
- phobie spécifique (F40.2) de l'avion,
- rachialgies chroniques sur troubles dégénératifs étagés (discopathies cervico-dorso-lombaires et arthrose de L1 à L5 et fusion des corps vertébraux D10 à D12),
- gonalgies gauches,
- obésité de grade III sévère,
- insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs, classification C3, avec lipœdème important,
- hernie ombilicale avec déhiscence importante de la ligne blanche à explorer,
- probable tunnel carpien bilatéral (droit plus que gauche) à explorer.

Selon les experts, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée. L'exercice d'une activité adaptée ne devait pas comporter de port de charges lourdes de plus de 5 kg de manière répétée et de plus 10 kg de manière exceptionnelle, ni de mouvements répétitifs en flexion-extension ou rotation du tronc, ni de positions avec le haut du corps en porte-à-faux, et permettre l'alternance des positions assise-debout. D'après les experts,

l'assurée s'était fixée dans un rôle de malade, paraissait très dépendante de ses enfants et se vivait comme une victime. Les ressources de l'assurée étaient qualifiées de fortement limitées et paraissaient peu exploitables. Les experts ne retenaient pas d'incohérence, mais probablement une majoration des plaintes et des symptômes.

Le SMR s'est rallié aux conclusions des experts du K.\_\_\_\_\_ le 25 août 2020.

Afin de compléter l'instruction, l'OAI a procédé à une enquête économique sur le ménage. Selon le rapport d'enquête du 17 février 2021, l'assurée exercerait une activité lucrative à raison de 50 % et consacrerait le reste de son temps à la tenue de son ménage ; en raison de son état de santé, l'assurée subissait des empêchements de 20,1 % dans ses travaux habituels.

Par projet de décision du 1<sup>er</sup> mars 2021, l'OAI a informé l'assurée de son intention de nier le droit à une rente d'invalidité compte tenu d'un degré d'invalidité global de 10 % (fixé au moyen de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité).

L'assurée, assistée de Me Elio Lopes, s'est opposée au projet précité aux termes d'une correspondance du 31 mars 2021. Elle a, en premier lieu, contesté l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité à son cas. Elle avait certes travaillé à 50 % en dernier lieu auprès de D.\_\_\_\_\_SA, mais aurait souhaité travailler à plein temps. Son état de santé l'en avait empêchée, raison pour laquelle elle avait formulé une première demande de prestations auprès de l'OAI le 29 avril 2013. Ses arguments étaient appuyés par divers contrats de travail pour des activités à plein temps exercées durant les années 2000 à 2008. En second lieu, elle a fait grief à l'OAI d'avoir accordé pleine valeur probante au rapport d'expertise du K.\_\_\_\_\_. Elle s'est prévaluée, sur le plan rhumatologique, de nouveaux rapports d'IRM du rachis cervical et dorso-lombaire des 2 et 4 décembre 2020, établis au sein de l'Hôpital I.\_\_\_\_\_, lesquels mettaient notamment en évidence des remaniements

inflammatoires, inconnus de l'expert rhumatologue du K.\_\_\_\_\_. Elle a conclu principalement à l'allocation d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019, subsidiairement à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire.

Par pli subséquent du 10 juin 2021, l'assurée a adressé à l'OAI des rapports complémentaires du Dr C.\_\_\_\_\_ des 27 avril et 12 mai 2021, ainsi qu'un rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ du 28 avril 2021. Le Dr C.\_\_\_\_\_ s'étonnait des conclusions communiquées par les experts du K.\_\_\_\_\_, soulignant que l'état rhumatismal avait évolué sur le plan inflammatoire ; de plus, l'état de santé psychique était plus grave que celui décrit au sein du K.\_\_\_\_\_. L'incapacité de travail lui semblait « nettement plus élevée » que 50 %. Le Dr J.\_\_\_\_\_ maintenait, pour sa part, que l'assurée présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, entraînant une incapacité de travail de 50 à 60 % ; il estimait que les symptômes dépressifs et l'intensité de la souffrance chronique de sa patiente avaient été sous-estimés par les experts ; l'état de santé psychique était, de son point de vue, cristallisé, malgré différents traitements et approches thérapeutiques.

Dans un avis du 1<sup>er</sup> juillet 2021, le SMR a considéré que les documents produits ne rapportaient pas une aggravation étayée de la symptomatologie analysée par les experts du K.\_\_\_\_\_.

L'OAI a établi une décision formelle de refus de rente d'invalidité le 2 juillet 2021, reprenant les termes de son projet de décision du 1<sup>er</sup> mars 2021.

**D.**           **a)** B.\_\_\_\_\_, représentée par Me Lopes, a déféré la décision du 2 juillet 2021 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 27 juillet 2021. Elle a conclu, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019, subsidiairement à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, encore plus subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire avant nouvelle décision. Elle a réitéré les

griefs invoqués au stade de la procédure administrative, contestant tout d'abord la prise en compte d'un statut mixte dans le cas particulier. Elle a ensuite rappelé l'évolution de son état de santé rhumatologique, attesté par les documents d'imagerie de l'Hôpital I. \_\_\_\_\_ des 2 et 4 décembre 2020, et s'est prévalué d'un rapport rédigé le 8 juillet 2021 par la Dre P. \_\_\_\_\_, médecin adjointe de la Clinique de rhumatologie de l'Hôpital Y. \_\_\_\_\_, attestant d'une progression des lésions dégénératives depuis 2017 avec le développement de discopathies inflammatoires étagées et d'une capacité de travail n'excédant pas 20 %, avec un rendement de 50 %. L'assurée en concluait que le rapport d'expertise du K. \_\_\_\_\_ était non probant, faute d'actualisation des données rhumatologiques. Sur le plan psychique, l'assurée a relevé, à l'instar de l'avis communiqué par son psychiatre traitant, que les experts du K. \_\_\_\_\_ n'avaient pas pris en compte sa pathologie dépressive à sa juste valeur.

**b)** L'OAI a répondu au recours le 7 septembre 2021 et conclu à son rejet, en se fondant sur le rapport d'enquête ménagère du 17 février 2021 et sur les différents avis rédigés par le SMR.

**c)** Le 13 octobre 2022, le magistrat instructeur a confié un mandat d'expertise pluridisciplinaire (avec volets de médecine interne générale, de rhumatologie, de neurologie et de psychiatrie) à l'Unité d'expertises médicales d'E. \_\_\_\_\_. Les Drs W. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, V. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, S. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et T. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont rédigé leur rapport le 18 avril 2023. Ils ont fait état des diagnostics suivants à l'issue de leur évaluation consensuelle du cas :

- migraines sans aura typiques ;
- douleurs chroniques diffuses généralisées, d'étiologie indéterminée avec troubles statiques et dégénératifs radiologiques de la colonne dorsolombaire et des deux genoux ;
- syndrome de détresse physique sévère ;

- obésité morbide.

Ils ont conclu que la capacité de travail de l'assurée était limitée à 20 % dans toutes activités dès 2018 et nulle dès 2020, en raison du syndrome de détresse physique sévère, de l'absence de ressources personnelles, ainsi que de l'intensité et du nombre de limitations fonctionnelles. Les traitements étaient entrepris dans les règles de l'art, en dépit de la capacité d'abstraction limitée de l'assurée. Celle-ci présentait une altération importante de toutes les capacités hormis les soins d'hygiène. Le pronostic était qualifié de défavorable.

**d)** L'OAI s'est déterminé le 15 mai 2023 et a conclu au rejet du recours, en se référant à un avis du SMR du 28 avril 2023. Ce dernier estimait que les experts d'E.\_\_\_\_\_ avaient retenu des diagnostics globalement identiques à ceux évoqués au sein du K.\_\_\_\_\_ et qu'ils avaient procédé à une évaluation différente d'une situation demeurée sans changement. Au demeurant, le rapport d'expertise judiciaire était extrêmement succinct, notamment sur le plan psychiatrique, sans élément objectif en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée.

**e)** Par détermination du 15 mai 2023, l'assurée a considéré que le rapport d'expertise d'E.\_\_\_\_\_ devait se voir accorder pleine valeur probante au détriment du rapport du K.\_\_\_\_\_, qualifié d'incohérent et de contradictoire. Elle a dès lors conclu à la reconnaissance d'une incapacité de travail limitée à 20 % dès 2018, respectivement nulle dès 2020.

**f)** Par pli du 16 octobre 2023, l'assurée a contesté les termes de l'avis du SMR du 28 avril 2023 et produit un rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ du 15 septembre 2023, complété sur questions de son mandataire. Ce dernier s'était pour l'essentiel rallié aux observations de l'expert psychiatre d'E.\_\_\_\_\_, relevant que sa patiente présentait une dépression larvée, exprimée par le syndrome de détresse sévère. Elle avait perdu toute capacité à exercer une activité lucrative. La psychothérapie constituait une échappatoire pour exposer ses

souffrances, mais elle n'en tirait aucun bénéfice. Les traitements psychotropes lui causaient trop d'effets secondaires. Elle était « écrasée » sur les plans mental, psychique et social, en présence de déficits cognitifs, d'un sentiment de dévalorisation et d'insécurité permanente. Selon le Dr J.\_\_\_\_\_, le médecin du SMR n'avait pas la compétence pour analyser la problématique de sa patiente.

**g)** Le 7 novembre 2023, l'OAI a réitéré ses conclusions et rappelé que les avis du SMR se distinguaient des examens cliniques et pouvaient être dotés d'une pleine valeur probante, sans égard à la spécialité médicale du médecin consulté. Un nouvel avis de ce service, daté du 30 octobre 2023, observait que le rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ du 15 septembre 2023 ne faisait état d'aucun élément médical nouveau.

### **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 (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile, auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**2.** En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le point de savoir si la symptomatologie s'est aggravée depuis la décision du 7 octobre 2013.

**3.** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du Développement continu de l'assurance-invalidité (LAI, modification du 19 juin 2020, RO 2021 705 ; RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste applicable au cas particulier, au vu de la date de la décision litigieuse et de la survenance de l'état de fait déterminant (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au

moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

**c)** Selon l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

**d)** En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations. La rente est versée dès le début de mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

**5.** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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.

**6. a)** 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 (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).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert 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 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**7. a)** Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées).

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

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

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

**bb)** La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit

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

**8. a)** Lors de l'examen initial du droit à la rente, il convient d'examiner quelle est la méthode d'évaluation de l'invalidité qu'il s'agit d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes reconnues (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27<sup>bis</sup> RAI]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

**b)** Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale,

sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer, voire circonscrire, le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références).

**9. a)** En l'espèce, l'intimé a considéré que la recourante revêtait un statut mixte, compte tenu de ses déclarations du 1<sup>er</sup> juillet 2013 et du fait qu'elle avait exercé une activité lucrative à temps partiel auprès de D.\_\_\_\_\_SA dès janvier 2013. De son point de vue, la situation personnelle, familiale et financière de la recourante n'avait pas évolué de manière significative depuis lors, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter desdites déclarations (cf. rapport d'enquête économique sur le ménage du 17 février 2021, p. 3). La recourante a contesté cette appréciation au stade de la procédure d'audition, en produisant des contrats de travail conclus avec X.\_\_\_\_\_SA et Q.\_\_\_\_\_SA pour des activités exercées à plein temps en 2003, 2004, 2007 et 2008, revendiquant le statut d'une personne exerçant une activité lucrative à plein temps.

**b)** On peut, en l'occurrence, écarter l'appréciation de l'intimé s'agissant du statut de la recourante. Il apparaît établi que cette dernière a travaillé à plein temps lorsqu'elle était en bonne santé (jusqu'en 2008). Lorsqu'elle a ultérieurement sollicité des prestations de l'assurance-invalidité par une première demande formulée le 29 avril 2013, elle s'est prévalu de l'avis de son médecin traitant qui estimait sa capacité de travail restreinte à 50 % des suites d'un accident de la circulation survenu

en août 2009 (cf. rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 22 mai 2013). En dépit de la décision de l'intimé du 7 octobre 2013 (ne retenant aucune atteinte à la santé invalidante), la recourante se considérait comme partiellement inapte au travail pour des motifs médicaux, confirmés par son médecin traitant, depuis août 2009. Au vu de l'activité professionnelle effectivement déployée à plein temps par la recourante dans les années 2000, il s'agit néanmoins de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'en bonne santé, cette dernière aurait poursuivi l'exercice d'une activité lucrative à plein temps. Sa situation familiale (âge adulte atteint par ses trois enfants) et financière (époux bénéficiaire de rente) justifie d'autant plus l'exercice d'une activité lucrative à plein temps. Au vu des circonstances, il n'y a pas lieu de prendre en considération les déclarations consignées le 1<sup>er</sup> juillet 2013, à une période durant laquelle la recourante s'estimait incapable de travailler à plus de 50 % pour raisons de santé. Il convient au contraire de lui reconnaître le statut d'une personne exerçant une activité lucrative à plein temps.

**10.** Afin d'élucider la capacité de travail exigible de la recourante, l'intimé a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie et psychiatrie) au K. \_\_\_\_\_. L'absence d'analyse de la situation sur le plan neurologique, les éléments mis en évidence dans les rapports d'IRM des 2 et 4 décembre 2020 de l'Hôpital I. \_\_\_\_\_, ainsi que les conclusions à première vue contradictoires entre les observations cliniques rapportées et l'évaluation de la capacité de travail sur le plan psychiatrique ont incité la Cour de céans à ordonner la réalisation d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie, neurologie et psychiatrie), laquelle a été confiée à l'Unité d'expertises médicales d'E. \_\_\_\_\_.

**11. a)** Sur le plan neurologique, l'expertise pratiquée par le Dr S. \_\_\_\_\_ pour le compte d'E. \_\_\_\_\_ a permis de conclure à l'absence de pathologie incapacitante. L'expert a relevé que la recourante présentait des céphalées épisodiques, sévères, avec vomissements, survenant quatre fois par année durant trois ou quatre jours, pour lesquelles le traitement antalgique pouvait être optimisé. L'examen clinique permettait

de retenir une vraisemblable surcharge, un syndrome cervical majeur non explicable par les éléments radiologiques avec la présence de discrets troubles statiques et une résistance à la mobilisation des hanches. Les documents radiologiques mettaient en évidence des troubles dégénératifs sans répercussion sur les structures nerveuses tant sur le plan radiculaire que médullaire. Un syndrome du tunnel carpien pouvait également être exclu (cf. rapport d'expertise neurologique du 21 mars 2023, p. 4). L'expert a ainsi conclu à un diagnostic de migraines sans aura typiques, en l'absence d'anomalie neurologique objectivable et de limitations fonctionnelles de ce registre. La capacité de travail était donc entière de son point de vue (cf. ibidem, p. 5).

**b)** L'évaluation du Dr S. \_\_\_\_\_ rejoint pour l'essentiel celle communiquée en son temps par le Dr F. \_\_\_\_\_ et n'est contredite par aucun élément médical au dossier, de sorte que cette évaluation peut être confirmée.

**12. a)** Sur le plan de la médecine interne générale, le K. \_\_\_\_\_, par l'intermédiaire du Dr N. \_\_\_\_\_, avait évoqué les diagnostics d'obésité de grade III, de hernie ombilicale, de probable syndrome du tunnel carpien et d'insuffisance veineuse. Ces diagnostics impliquaient une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée sans port de charges lourdes, sans mouvements répétitifs et permettant l'alternance des positions assise et debout (cf. rapport d'expertise du K. \_\_\_\_\_ du 8 juillet 2020, expertise de médecine interne générale, p. 23 à 27).

**b)** Dans ce registre, le rapport d'expertise d'E. \_\_\_\_\_, singulièrement l'évaluation effectuée par la Dre W. \_\_\_\_\_, ne fait pas état d'éléments nouveaux ou ignorés du spécialiste du K. \_\_\_\_\_, de sorte que cet aspect ne justifie pas de s'y attarder particulièrement (cf. rapport d'expertise du 18 avril 2023 d'E. \_\_\_\_\_, évaluation consensuelle, p. 15 et 16).

**13. a)** Sur le plan rhumatologique, le K.\_\_\_\_\_, par l'intermédiaire du

Dr M.\_\_\_\_\_, a pris en considération des rachialgies chroniques sur troubles dégénératifs étagés (discopathies cervico-dorso-lombaires et arthrose de L1 à L5 et fusion des corps vertébraux D10 à D12) et des gonalgies gauches. La capacité de travail était de 50 % (compte tenu d'une baisse de rendement) dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée sans mouvements répétitifs en flexion-extension ou rotation du tronc, sans position en porte-à-faux et permettant l'alternance des positions assise et debout. L'expert n'avait pas observé de signe d'irritation radiculaire ou de déficit neurologique périphérique. Il n'avait pas jugé utile de procéder à des investigations radiologiques complémentaires (cf. rapport d'expertise du K.\_\_\_\_\_ du 8 juillet 2020, expertise rhumatologique, p. 22 à 24).

**b)** Les discopathies inflammatoires étagées ressortant des rapports d'IRM des 2 et 4 décembre 2020 de l'Hôpital I.\_\_\_\_\_ ont justifié un complément d'expertise, dans la mesure où ces éléments étaient inconnus de l'expert du K.\_\_\_\_\_.

**c)** Dans ce contexte, le Dr V.\_\_\_\_\_ a analysé le cas de la recourante au sein d'E.\_\_\_\_\_. Il a retenu le diagnostic de douleurs chroniques diffuses, d'étiologie indéterminée, avec troubles statiques et dégénératifs radiologiques de la colonne dorsolombaire et des deux genoux. Il s'est exprimé comme suit sur la situation, y compris eu égard à une éventuelle composante inflammatoire (cf. rapport d'expertise rhumatologique du Dr V.\_\_\_\_\_ pour E.\_\_\_\_\_, p. 5 et 6) :

[...] Les troubles présentés actuellement (22.10.2009) sont un mélange de syndrome post distorsion cervicale et de manifestations anxio-tensionnelles avec possiblement une forme d'état de stress post-traumatique.

Par la suite, la symptomatologie douloureuse a fait tache d'huile pour s'étendre à l'ensemble du corps, sans qu'il ne soit mis en évidence une étiopathogénie biologique expliquant l'extension des plaintes, et surtout leur augmentation en intensité et leur persistance.

Les troubles dits dégénératifs décrits aux radiographies n'expliquent pas de manière prépondérante l'intensité et la persistante des plaintes, ils font partie d'une évolution naturelle, et peuvent

également se rencontrer dans une population du même âge, asymptomatique.

Concernant la description prolixe de la rhumatologue traitante qui parle d'une composante inflammatoire de ces douleurs, cette dernière n'est pas prouvée, et cette composante ne peut pour ma part pas être clairement expliquée par des discopathies dégénératives multi-étagées très inflammatoires de type Modic 1.

Les signaux de Modic, également connus sous le nom de modifications dégénératives de l'extrémité du plateau vertébral, n'ont pas de signification clinique claire. Ils font référence à des changements de signal spécifiques de la plaque vertébrale (plateau vertébral), de la moelle osseuse adjacente sur une IRM de la colonne vertébrale.

Ces modifications ou signaux Modic se rencontrent dans 6 % à 10 % d'adultes asymptomatiques, et sont fréquemment rencontrés chez les patients avec des douleurs lombaires chroniques, sans que l'on puisse se prononcer sur l'étiopathogénie desdites douleurs.

Les signaux de Modic se modifient avec le temps, la prévalence de ces derniers augmente avec l'âge et semblent être associés à des modifications discales dégénératives, sans que cela soit prouvé,

Le type de lésions de Modic changent chez un même patient et peuvent progresser ou régresser avec le temps.

Actuellement, dans le diagnostic différentiel, il n'y a pas d'élément orientant vers une étiologie tumorale, fracturaire, infectieuse, auto-immune.

L'expertisée présente une douleur définie comme étant une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes.

La douleur n'est pas mesurable, elle ne peut être ni prouvée ni réfutée médicalement.

Dans la douleur chronique, non tumorale comme c'est le cas ici, il existe des interactions entre cognition, émotions, comportement, réactions corporelles, facteurs sociaux. La douleur est un symptôme et non une maladie.

Le traitement de la douleur en cas d'origine méconnue, comme c'est le cas ici, est uniquement palliatif.

Je ne puis m'expliquer d'un point de vue biomédical les limitations fonctionnelles sévères rapportées par l'expertisée, en l'absence de raideur importante et d'amyotrophie.

Sur le plan somatique, je ne puis expliquer les plaintes majeures et l'examen clinique relativement pauvre, caractérisé par un comportement douloureux, la présence des signes comportementaux, les multiples douleurs.

Ceci ne met cependant pas en doute l'authenticité des plaintes.

L'expert a conclu à une capacité de travail de 100 % « en l'absence de maladie ostéoarticulaire progressive » et de « troubles décrits à l'imagerie comme étant dégénératifs » (cf. ibidem, p. 6 et 7).

**d)** Compte tenu des constats et conclusions rapportés par le Dr V. \_\_\_\_\_, force est de constater que l'état de santé rhumatologique de la recourante ne s'est pas modifié de manière significative depuis

l'expertise du K.\_\_\_\_\_, contrairement à ce qu'a fait valoir la recourante à la suite des investigations conduites au sein de l'Hôpital I.\_\_\_\_\_. On observe que les conclusions d'E.\_\_\_\_\_ et du K.\_\_\_\_\_ à cet égard sont globalement congruentes, l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative n'apparaissant pas contestable.

**14.** En l'absence d'atteintes à la santé physique véritablement incapacitantes, il y a lieu d'examiner dans quelle mesure la composante psychiatrique joue un rôle prépondérant dans la problématique médicale de la recourante.

**a)** Dans ce contexte, l'expert du K.\_\_\_\_\_, le Dr L.\_\_\_\_\_, a rapporté son appréciation diagnostique en ces termes (cf. rapport d'expertise du K.\_\_\_\_\_ du 8 juillet 2020, expertise psychiatrique, p. 22 et 23) :

[...] La plainte principale chez cette expertisée est un syndrome douloureux. L'expert rhumatologue retient des troubles dégénératifs mais qui n'expliquent pas l'importance de la symptomatologie douloureuse décrite, ni ne justifient que Madame B.\_\_\_\_\_ ne puisse pratiquement rien faire même dans les tâches du ménage et sollicite tellement les enfants. Le contexte psycho-social est évident : conflit de couple, préoccupations liées aux troubles du comportement de son deuxième fils, difficultés financières. Le trouble assure une sollicitude et une aide de la part de son fils aîné et de sa fille. La symptomatologie dépressive, les troubles du sommeil, la fatigue sont à mettre sur le compte du syndrome douloureux chronique. Nous retenons donc le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).

Son psychiatre retient le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. L'expertisée se plaint d'une humeur dépressive depuis environ 7 ans, liée au syndrome douloureux mais également à d'autres facteurs de stress ; son sommeil est perturbé par le syndrome douloureux chronique et des ruminations dépressives ; elle ressent une fatigue liée au syndrome douloureux ; se plaint de troubles de la concentration et de la mémoire ; elle a des idées suicidaires lorsqu'elle se dispute avec son mari. Elle paraît en effet légèrement déprimée à l'examen psychiatrique. Le tableau clinique d'une symptomatologie dépressive chronique (en partie liée au syndrome douloureux), avec une prise en charge psychiatrique peu fréquente et sans prise d'antidépresseurs depuis 5 mois, nous fait retenir le diagnostic de dysthymie (F34.1).

L'expertisée mentionne des symptômes d'anxiété généralisée, de troubles paniques, de compulsions de vérification, ainsi que de légers symptômes de syndrome de stress post-traumatique qui rentrent dans le cadre d'un diagnostic d'autres troubles anxieux mixtes (F41.3).

Elle souffre également d'une phobie spécifique (F40.2) de l'avion.  
[...]

Quant aux indicateurs ressortant de la jurisprudence fédérale,

le

Dr L. \_\_\_\_\_ a exposé les éléments suivants (cf. ibidem, p. 24) :

[...] **7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité**

La description des plaintes manque de précisions, notamment au niveau de l'intensité et de la fréquence des symptômes. L'expertisée paraît démonstrative dans l'expression de sa souffrance psychique. Il est surprenant qu'elle ait arrêté tout traitement psychotrope et que la fréquence des séances avec son psychiatre soit aussi rare, alors qu'elle se plaint de troubles anxieux importants. Cependant, l'atteinte est uniforme dans tous les domaines de la vie et la description des activités quotidiennes est congruente aux plaintes physiques.

**7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés**

Nous ne retenons aucune limitation fonctionnelle chez cette expertisée.

**Ressources**

**Ressources personnelles**

Son aptitude à la communication est limitée. L'expertisée a besoin de l'assistance d'une interprète, malgré le fait qu'elle vive depuis 1991 dans un canton romand. De plus, l'anamnèse se révèle laborieuse, l'expertisée répond souvent à côté, ne paraît pas toujours comprendre les questions, même traduites en albanais. Il est impossible de lui faire préciser davantage certains symptômes.

L'expertisée a été capable de respecter le cadre de l'expertise et a bien collaboré avec l'expert psychiatre.

Sa capacité d'adaptation et de flexibilité psychique semble limitée, car elle paraît fixée sur un rôle de malade et semble très dépendante de son fils aîné et de sa fille.

Sa capacité d'organisation est limitée, son fils gère l'administration.

Sa capacité d'endurance est anamnesticquement limitée en raison du syndrome douloureux chronique.

Sa capacité de prise de décision et de jugement ne paraît pas limitée.

Capacités relationnelles : elle garde de bonnes relations avec ses fils et sa fille ainsi que ses sœurs. Cependant, le dialogue avec son mari est rompu depuis des années en raison d'un conflit conjugal de longue date.

Sa capacité d'autonomie est très limitée, elle a besoin de son fils pour être véhiculée à ses rendez-vous médicaux, les activités ménagères sont assumées par sa fille et sa belle-fille.

**Ressources externes**

Il est limité à ses sœurs et à ses enfants qui cependant paraissent très soutenant. [...]

Le Dr L.\_\_\_\_\_ a conclu à une capacité de travail entièrement préservée dans toutes activités, demeurée stable, sur le plan psychiatrique.

**b)** De son côté, le Dr T.\_\_\_\_\_, qui a investigué l'état de santé psychique de la recourante pour le compte d'E.\_\_\_\_\_, a diagnostiqué un syndrome de détresse corporelle sévère. Il a exposé les constats suivants (cf. rapport d'expertise psychiatrique du 22 mars 2023 du Dr T.\_\_\_\_\_ pour E.\_\_\_\_\_, p. 4 ss) :

[...] Il s'agit d'une femme de 52 ans faisant son âge à l'hygiène et l'habillement conservés sans recherche particulière. L'entretien se fait dans le respect des règles d'hygiène dictées par la pandémie. Le contact est morose, assez pauvre, malgré la collaboration de l'expertisée. Durant l'entretien on observe un léger ralentissement, une fatigue, on n'observe pas de trouble de l'attention ou de la vigilance, pas de trouble grossier de la mémoire ou de la concentration. Le langage s'appuie sur un vocabulaire limité, selon l'interprète. L'expertisée est orientée quant au temps et à l'espace, quant à la situation et à elle-même.

Le discours est pauvre, les réponses aux questions sont laconiques et parfois données avec un temps de latence. Madame paraît avoir des difficultés de compréhension. Les questions abstraites ne semblent pas faire sens pour l'expertisée. Le focus est par moments perdu, il y a parfois des silences comme si l'expertisée avait oublié qu'il y avait une question en suspens. Le contenu est rétréci sur les éléments factuels avec une capacité d'évocation presque absente. L'interlocuteur a beaucoup de peine à se représenter ce qui est décrit pauvrement par l'expertisée.

La thymie est abaissée. A plusieurs reprises il y a des pleurs non congruents à ce qui est évoqué. L'expertisée ne peut pas dire ce qui la rend triste et la fait pleurer, « ça arrive comme ça ».

On n'observe pas de signe ou symptôme de la lignée psychotique, en particulier pas de troubles du Moi, pas de troubles formels de la pensée, pas d'éléments délirants.

Des plaintes autant physiques que psychiques sont très pauvrement énoncées. L'entretien et la description d'une journée permettent d'évaluer le degré de gravité de l'atteinte psychique. [...]

L'expert a motivé son évaluation du cas comme suit :

#### [...] **6. Évaluation médicale et médico-assurantielle**

##### **6.1 a) Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assurée, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle**

Le syndrome douloureux est présent depuis plusieurs années. Ce syndrome est signalé par les experts du K.\_\_\_\_\_ en 2020. L'évolution sur le plan psychique depuis 2020 se manifeste par les éléments suivants :

- Apragmatisme presque complet alors qu'en 2020 il y avait encore une activité de cuisine et des contacts sociaux minimaux.
- Anhédonie alors qu'il y avait auparavant du plaisir à être avec ses enfants et à parler avec les membres de sa famille.
- Isolement social complet.
- Perte d'espoir et de perspectives.
- Abandon de la médication psychotrope.

Ce qui précède atteste une aggravation du syndrome de détresse corporelle depuis 2020 au plus tard.

### **b) Avis concernant la personnalité de l'assurée, notamment au regard de ses ressources, avis sur le soutien reçu ou sur les difficultés rencontrées dans l'environnement social**

L'assurée semble avoir des capacités d'abstraction très limitées, peu de ressources pour faire face aux problèmes en général et peu d'accès au monde émotionnel. La personnalité de l'expertisée ne lui permet pas d'investir pleinement un traitement psychotrope dont elle a sans doute de la difficulté à en percevoir les bénéfices.

### **6.2 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité**

Dans le cadre de cet entretien nous ne relevons pas d'élément d'incohérence.

### **6.3 Diagnostics**

[...]

Le diagnostic de syndrome de détresse corporelle sévère est posé en présence d'un symptôme douloureux stressant, au centre d'une attention excessive. Les symptômes entraînent un recours massif à des professionnels de la santé, ils mobilisent également de manière très forte l'implication et l'aide des proches. La détresse qui accompagne ces symptômes entraînent une grave déficience dans tous les domaines d'activité qu'ils soient personnels, sociaux, familiaux, professionnels ou autre.

L'anxiété et la thymie abaissée font partie du syndrome de détresse corporelle. Dans son expertise, le Dr L. \_\_\_\_\_ retenait le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant correspondant au libellé actuel de la CIM-11 qui est celui de syndrome de détresse corporelle. Les symptômes qui faisaient retenir les diagnostics de trouble anxieux mixte et de dysthymie sont inclus dans la définition du syndrome de détresse corporelle de gravité sévère. Le Dr J. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, ne retient pas le diagnostic de syndrome douloureux persistant ou de syndrome de détresse corporelle alors que les douleurs sont au premier plan de la symptomatologie.

## **7. Évaluation médico-assurantielle (pronostic et capacités)**

### **7.1 Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison**

Madame B. \_\_\_\_\_ est au bénéfice d'un traitement psychiatrique intégré depuis 2017. Il y a eu des essais de médicaments psychotropes, antidépresseurs et anxiolytiques, avec actuellement un renoncement à cette médication. Les capacités d'abstraction limitée de l'expertisée ne lui permettent pas d'investir pleinement un traitement médicamenteux psychotrope dont elle craint les effets secondaires et dont elle peine à voir les bénéfices. Selon l'expertisée

toutefois les entretiens « l'aident », actuellement l'expertisée souffre d'un état douloureux persistant qui a entraîné un état de déconditionnement et de dépendance peu mobilisable.

## **7.2 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés**

Le syndrome de détresse corporelle touche toutes les sphères d'activité telles que décrites par la mini-CIF hormis le maintien de l'hygiène personnelle. Actuellement, l'expertisée ne se montre capable d'effectuer aucune tâche ménagère, elle n'a aucune activité de loisirs, elle ne voit personne hormis ses enfants et a de rares contacts téléphoniques avec sa famille. L'isolement social est complet. Alors que l'expertise de 2020 décrivait déjà des activités quotidiennes très réduites, elle concluait à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Cette contradiction pourrait éventuellement être argumentée si un diagnostic de simulation ou d'exagération des symptômes était posé ce qui n'était pas le cas. En tout état de cause, l'expertise de 2020 décrivait chez l'expertisée la possibilité d'un plaisir à être avec ses enfants, une participation, modeste, aux tâches ménagères (cuisine) ainsi que le reste d'un peu d'espoir. Selon l'observation actuelle, il y a aggravation de l'état psychique depuis l'expertise de 2020 comme décrit plus haut. [...]

Le Dr T. \_\_\_\_\_ a en définitive conclu à une capacité de travail résiduelle de 20 % depuis 2018 et à une incapacité totale de travail depuis 2020 sur le plan psychiatrique quelle que soit l'activité envisagée. Il ne formulait aucune proposition thérapeutique en présence d'un pronostic défavorable.

**c)** L'intimé, respectivement le SMR, s'est déterminé dans un avis du 28 avril 2023, libellé notamment en ces termes et contestant essentiellement le volet psychiatrique de l'analyse retenue par E. \_\_\_\_\_ :

[...] Sur le plan psychiatrique le Dr T. \_\_\_\_\_ réfute donc les conclusions de l'expertise de 2020 mais sans éléments médicaux nouveaux. [...]

En 2020 le TSD [réd. : trouble somatoforme douloureux] était estimé non incapacitant car, même si [la recourante] était limitée dans les différents domaines de la vie, ses ressources n'étaient pas nulles (enfants très soutenant, gardait du plaisir avec eux), ses plaintes manquaient de précisions, elle était démonstrative, des incohérences étaient relevées au status ; malgré ses nombreuses plaintes, son suivi psychiatrique était peu intense, elle ne prenait pas de médication pour des arguments flous (« difficulté à avaler ses médicaments, car sa gorge se fatiguait »).

Le Dr T. \_\_\_\_\_ estime lui, après une expertise très succincte, sans décrire de différences majeures, que cela justifiait déjà une IT [réd. : incapacité de travail] de 80 % dans toute activité, depuis 2018. Cette date de 2018 n'est pas argumentée (mentionne 2018 « pour être cohérent avec le dossier ») l'assurée déclarant elle être impactée par ses douleurs de manière progressive depuis 2009,

l'obligeant à interrompre son activité en 2016, l'expertise de 2020 validant elle l'IT totale dans son activité de référence depuis 02.2017. Que l'absence d'IT aurait pu « être argumentée si un diagnostic de simulation ou d'exagération des symptômes était posé ce qui n'était pas le cas », pourtant l'expertise de 2020 a clairement relevé l'exagération des symptômes.

La situation se serait aggravée depuis 2020 avec une IT de 100 % depuis, sans objectiver clairement d'aggravation à ce moment, alors que l'expertise de 2020 (examen clinique en mai) rapporte beaucoup d'éléments objectifs, (subjectivement l'assurée déclare se sentir moins bien depuis son infection COVID en 2020 avec aggravation de ses douleurs, de sa fatigue, alors que la même année la cure de hernie ombilicale la soulage sur le plan abdominal). La seule différence à la comparaison des status clinique c'est l'objectivation d'un léger ralentissement psychomoteur et une analyse mini-CIF (que le Dr T. \_\_\_\_\_ ne détaille pas) qui serait totalement altérée hormis les soins à l'hygiène alors qu'en 2020 on mentionnait qu'elle était capable de respecter le cadre, de collaborer, d'avoir des bonnes relations avec ses enfants ; ce qui semble toujours être le cas. Pour justifier l'aggravation depuis 2020 il rapporte :

- « un apragmatisme presque complet alors qu'en 2020 il y avait encore une activité de cuisine et des contacts sociaux minimaux », pourtant selon l'expertise de 2020 elle ne cuisinait pas (« à la demande de ses enfants après qu'elle ait oublié plusieurs fois des aliments sur le feu » p15-16), ses contacts sociaux se limitaient à ses enfants et téléphones avec sa sœur, elle ne faisait déjà pratiquement rien de ses journées ;
- « une anhédonie alors qu'il y avait auparavant du plaisir à être avec ses enfants et à parler avec les membres de sa famille ; pourtant en p. 13 il est précisé que le moral s'améliore quand ses enfants viennent la voir, donc plutôt similaire à 2020 ;
- « un isolement social complet », ce qui était le cas en 2020, l'expertise de 2023 précise aussi en p. 11 que le réseau amical est décrit comme pratiquement nul depuis l'arrêt de l'activité professionnelle. L'assurée voit tous les jours ses enfants, rapportent que se sont ses parents qui viennent désormais la visiter [...] ;
- « la perte d'espoir et de perspectives », notion pas réellement retrouvée dans l'expertise et qui n'est pas cohérente avec le fait que l'assurée poursuive son suivi psychiatrique qui l'aide selon elle (p. 6), parte [...] pour des soins thermaux ;
- « abandon de la médication psychotrope », qui n'était pourtant déjà plus prise en 2020.

On ne peut donc pas clairement mettre en évidence d'aggravation depuis 2020. La situation médicale est la même, le diagnostic de TSD reste au 1<sup>er</sup> plan, l'analyse de son caractère incapacitant ou non est différent selon les 2 expertises.

L'analyse des critères de gravité jurisprudentiels, permettant de confirmer ou non le caractère incapacitant du TSDI est dans cette expertise de 2023 assez sommaire. Nous tentons de les reprendre :

- le diagnostic est clair,
- les plaintes sont peu précises (localisation, intensité des douleurs...),

- exagération à l'examen clinique avec incohérence (contre pulsion, comportement douloureux, présence des signes comportementaux, limite certains mouvements à l'examen qu'elle peut pourtant faire à d'autre moment),
- traitement peu investi (suivi psychiatrique de faible fréquence, pas de psychotrope, antalgie pallier 1),
- pas de justification médicale au plan somatique permettant de comprendre pourquoi elle ne peut pratiquement rien faire même dans les tâches du ménage,
- les tâches ménagères ont été totalement reprise par ses enfants (c'est désormais son fils qui organise tout) ce qui peut être aussi explicable sur le plan culturel, avec obtention de l'assurée de bénéficiaire secondaire. Le 17.02.2021, l'évaluation ménagère relevait que l'assurée pouvait mettre la table et débarrasser sa vaisselle, faire quelques rangements, aller parfois faire les courses légères accompagnée,
- ressources : très bon soutien de ses enfants, sort marcher quotidiennement, est allée en cure thermale, poursuit sa longue procédure juridique, analyse mini-CIF avec certaines capacités résiduelles,
- les LF [réd. : limitations fonctionnelles] psychiatriques actuelles n'expliquent pas pourquoi elle ne pourrait pas participer aux tâches ménagères.

**Conclusion :**

Nous sommes face à une évaluation différente de la même situation. Cette expertise psychiatrique, très succincte, n'argumente pas objectivement en quoi les conclusions de 2020 seraient fausses, et d'aggravation majeure depuis lors.

**d)** En l'espèce, il n'y a pas lieu de remettre en question les conclusions formulées par le Dr T.\_\_\_\_\_, reprises dans l'évaluation consensuelle de l'expertise judiciaire d'E.\_\_\_\_\_.

**aa)** On peut, dans un premier temps, observer que tant le Dr L.\_\_\_\_\_ que le Dr T.\_\_\_\_\_ ont décrit la recourante comme étant lourdement diminuée du fait d'une symptomatologie douloureuse non objectivable sur le plan somatique, raison pour laquelle ils ont conclu à un trouble somatoforme douloureux, respectivement à un syndrome de détresse corporelle. Ils n'ont, cela étant, pas retenu d'incohérence dans le tableau clinique présenté par la recourante. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a en effet expressément considéré que l'atteinte à la santé était uniforme dans tous les domaines de la vie, avec une description des activités physiques congruente aux plaintes alléguées. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a également écarté toute incohérence dans le cadre de son examen. A cet égard, les éléments retenus par le SMR dans son avis du 28 avril 2023 (plaintes peu précises,

exagération à l'examen clinique somatique et défaut de justification médicale somatique) sont précisément les critères ayant conduit les experts à envisager la pathologie de la recourante sous l'angle psychiatrique.

**bb)** Dans un second temps, s'agissant des mesures thérapeutiques, singulièrement du suivi spécialisé et médicamenteux, qualifié de « peu investi » par le SMR, le Dr L. \_\_\_\_\_ s'est, il est vrai, questionné sur la fréquence des séances de psychothérapie et la prise défailante d'anxiolytiques. Le Dr T. \_\_\_\_\_ a toutefois expressément expliqué que la recourante présentait une capacité d'abstraction limitée, la rendant incapable d'introspection, de sorte qu'elle apparaissait peu réceptive à la psychothérapie. Quant à un traitement psychotrope, le Dr T. \_\_\_\_\_ a souligné une absence de bénéfices de la médication, en présence d'une anxiété face aux effets secondaires. On relèvera d'ailleurs que le Dr L. \_\_\_\_\_ avait lui-même constaté des symptômes s'apparentant à une anxiété généralisée, à des troubles paniques et des compulsions, lesquels rentraient dans le cadre de troubles anxieux. On ne voit donc en définitive pas d'incohérence eu égard aux thérapies entreprises, puis abandonnées, vu la structure de personnalité de la recourante et le contexte anxieux entourant la médication.

**cc)** Concernant ensuite les ressources à disposition de la recourante, on observe que, sur le plan personnel, le Dr L. \_\_\_\_\_ avait retenu une communication, une capacité d'adaptation et de flexibilité, d'organisation et d'endurance, limitées avec une large dépendance vis-à-vis de ses enfants. Le Dr T. \_\_\_\_\_ a, de son côté, mis en évidence l'absence de tout loisir, de toute activité (notamment dans le ménage) et un isolement social quasiment complet, à l'exception de la présence des enfants de la recourante, les contacts avec le mari étant quasiment inexistantes. Il a estimé que celle-ci était lourdement impactée dans tous les domaines de la vie, sauf pour le maintien des soins d'hygiène, en présence d'une personnalité aux capacités d'abstraction restreintes. Il ne fait donc pas de doute que les ressources de la recourante sont en l'état largement insuffisantes pour surmonter les conséquences de la

symptomatologie douloureuse l'affectant de longue date. On ne saurait suivre le raisonnement du SMR en ce qu'il retient le soutien des enfants, la marche quotidienne, une cure thermale et la poursuite de la présente procédure à titre illustratif de certaines ressources. Ainsi que l'ont souligné tant le Dr L. \_\_\_\_\_ que le Dr T. \_\_\_\_\_, la présence régulière des enfants s'avère indispensable en raison de la perte d'autonomie de la recourante, à défaut de quoi elle serait totalement inactive. Quant à la poursuite d'une cure thermale, cet événement ponctuel ne permet pas de tirer des conclusions sur les difficultés quotidiennes de la recourante. Enfin, s'agissant de la poursuite de la présente procédure, on rappellera que la recourante est représentée par un mandataire depuis plusieurs années. Quoi qu'en dise l'intimé, force est de constater que les ressources personnelles de la recourante apparaissent largement réduites. Il en va d'ailleurs de même des ressources extérieures, les contacts familiaux (rares contacts téléphoniques avec deux sœurs) semblant extrêmement restreints, raison pour laquelle il y a lieu de considérer, à l'instar du Dr T. \_\_\_\_\_, que la recourante souffre d'un isolement social important. On ajoutera qu'au vu du tableau clinique exposé en son temps par le Dr L. \_\_\_\_\_, on peine à comprendre comment ce spécialiste a pu envisager que la recourante était dotée d'une capacité de travail de 100 % sur le plan psychiatrique.

**e)** En définitive, il convient de conclure, à l'aune des indicateurs jurisprudentiels pertinents, que le trouble somatoforme douloureux ou syndrome de détresse corporelle présenté par la recourante revêt un degré de gravité significatif et entraîne des limitations importantes dans le quotidien, de sorte qu'il doit être considéré comme invalidant au sens de l'assurance-invalidité. Il s'agit par conséquent de se rallier à l'évaluation consensuelle (appréciation de la capacité de travail et limitations fonctionnelles) communiquée par les experts d'E. \_\_\_\_\_ le 18 avril 2023.

**15. a)** Les experts précités ont pris en considération une capacité de travail de 20 % dès 2018 et une incapacité totale de travail dès 2020 (postérieurement à l'expertise réalisée par le K. \_\_\_\_\_) quelle que soit

l'activité envisagée. Il s'ensuit que le degré d'invalidité de la recourante s'est élevé à 80 % dès 2018 pour atteindre 100 % dans le deuxième semestre de l'année 2020.

**b)** On peut retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'à l'échéance du délai de six mois prévu par l'art. 29 al. 1 LAI, soit au mois de mai 2019, le délai de carence d'une année imposé par l'art. 28 al. 1 let. b LAI était échu, étant rappelé que le Dr J. \_\_\_\_\_ avait fait état d'une recrudescence de la problématique psychique de sa patiente avec cristallisation des symptômes douloureux, anxieux et dépressifs, à compter de la fin de l'année 2016 (cf. rapport de ce praticien à l'intimé du 2 février 2019).

**c)** Il s'ensuit que la recourante peut prétendre au versement d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2019.

**16. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse réformée, en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2019.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

**c)** La recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 4'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la porter à la charge de l'intimé.

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

**prononce :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 2 juillet 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2019.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont portés à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de 4'000 fr. (quatre mille francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Elio Lopes, à Fribourg (pour B. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :