

VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 902 vom 2. Dezember 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-12-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2025__902

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 902 du 2 décembre 2025

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 902 del 2 dicembre 2025

Regeste

NOUVELLE DEMANDE, RENTE D'INVALIDITÉ, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES, FORCE PROBANTE, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, REJET DE LA DEMANDE | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 17 al. 1 LPGGA, 6 LPGGA, 7 LPGGA, 8 LPGGA

Erwägungen

E. 1

LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGGA notamment), le recours est recevable. 2. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité à la suite d'une nouvelle demande de prestations. b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable ratione temporis dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme). Le nouveau droit est donc applicable en l'espèce, la nouvelle demande datant du 12 mai 2022.

E. 3

a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGGA). 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 LPGGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas

d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %. c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge en cas de recours – se base sur des documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités elle 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 (ATF 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1). d) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont 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 du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1). e) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_299/2021 du 11 août 2021 consid. 3.3 ; 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

E. 4

Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

E. 4.1

; 133 V 108 consid. 5.2). En l'espèce, l'évaluation de l'état de santé doit par conséquent s'apprécier avec comme point de comparaison la décision de l'office intimé du 13 novembre 2019 (confirmée par l'arrêt en force du 14 août 2020 de la Cour de céans [CASSO AI 411/19]).

E. 5

L'OAI est entré en matière sur la troisième demande de prestations déposée le 12 mai 2022 par la recourante après l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral du 15 avril 2024 (TF 9C_555/2023), considérant qu'elle avait rendu plausible une aggravation de son état de santé à compter du mois de février 2022, à la suite du diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3) et de l'aggravation des symptômes (un ralentissement psychomoteur, un regard vide et apeuré, un trouble de la concentration et des limitations en relation avec des hallucinations visuelles et auditives, une persécution avec des délires et une anxiété généralisée ; cf. rapports des 26 avril et 25 août 2022 des Dres A._____ et D._____). Lorsque, comme en l'espèce, 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 recourante est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et 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.

E. 5.3

et la référence ; TF 9C_589/2013 du 2 mai 2014 consid. 5.2). La critique de la recourante s'avère infondée. Cela vaut d'autant plus qu'elle perd de vue qu'en cours d'expertise, il a été constaté par les experts la nécessité de la soumettre à un examen neuropsychologique réalisé le 13 janvier 2025 par la psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP O._____. Quoi qu'en dise la recourante, son cas a bien fait l'objet d'une évaluation expertale exhaustive qui permet d'apprécier de manière valable l'ensemble des atteintes à la santé dont elle souffre dans leur globalité et leurs éventuelles répercussions sur la capacité de travail. b) Pour le reste, les rapports des médecins traitants consultés par la recourante ne permettent pas de jeter le doute sur les conclusions des experts du J._____, lesquelles rejoignent au demeurant celles de leurs confrères experts auprès de la CRR. Le rapport du 26 janvier 2023 consécutif à une hospitalisation volontaire de la recourante quelques jours au mois de novembre 2022 auprès du Département de psychiatrie au CHUV en raison d'un

trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3) et, comme diagnostic secondaire, d'une fibromyalgie (M79.7), n'est pas pertinent dès lors qu'il s'est limité à indiquer un retour à domicile après ledit séjour et a renvoyé auprès de la psychiatre traitante s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail. Un constat identique s'impose en ce qui concerne le rapport du 10 septembre 2024 consécutif à une nouvelle hospitalisation volontaire de la recourante au cours des mois d'août et septembre 2024. Les 7 juin 2024 et 30 avril 2025, la psychiatre traitante a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptôme psychotique (F33.3) et une fibromyalgie (M79.7). Elle évaluait la capacité de travail comme nulle dans toute activité, même adaptée, en raison de l'état de santé stationnaire de l'assurée depuis le début du suivi le 18 décembre 2021, avec parfois de brèves améliorations au niveau thymique. En dernier lieu, la psychiatre traitante a renoncé à s'exprimer sur le rapport d'expertise bidisciplinaire du J._____, au motif que cela était de la compétence d'un expert psychiatre, avec pour conséquence qu'elle n'apporte aucun élément faisant douter du bien-fondé de l'expertise du J._____. Or comme déjà dit plus haut (cf. consid. 7c supra), l'expert psychiatre du J._____ a dûment exposé les motifs médicaux objectifs pour lesquels il ne retenait pas les diagnostics évoqués par la psychiatre traitante. En effet, l'expert a retenu de multiples incohérences, spécialement entre les plaintes émises et ses propres constats cliniques, ainsi qu'une théâtralisation et un caractère démonstratif de la recourante dont il doutait de l'authenticité des propos tenus lors de l'expertise. Ces éléments avaient déjà été relevés par les experts consultés en 2019 lesquels avaient indiqué que le pronostic de réinsertion demeurait sombre en raison des facteurs extra-médicaux (manque de formation professionnelle, croyances quant à son état malade incurable, auto-appréciation d'un handicap majeur et cristallisé) et des facteurs socio-culturels, le tout aboutissant à l'enkystement de la recourante dans son trouble actuel. Cette dernière a en outre fait l'objet d'un bilan neuropsychologique le 13 janvier 2025 dont les résultats aux tests de validité des performances et les scores obtenus à cet examen n'étaient pas représentatifs des capacités réelles. De plus, les résultats clairement en-dessous du niveau du hasard à un test de reconnaissance ne permettaient pas d'exclure un effort cognitif autolimité. Ces conclusions rejoignaient celles du rapport d'évaluation neuropsychologique du 26 octobre 2021 des Dres N._____, G._____ et K._____, dont les résultats aux épreuves de validation très insuffisants avaient montré le caractère peu représentatif des vraies capacités de la recourante. C'est au vu de l'ensemble de ces éléments médicaux que l'expert psychiatre du J._____ n'a pas retenu de diagnostic psychiatrique. Au contraire, il a indiqué que l'intéressée s'était enfermée dans un costume d'invalidité dans un besoin de reconnaissance passant par le versant financier en réclamant ouvertement et franchement une rente de l'assurance-invalidité, qu'elle cessait les pseudo crises épileptiques sur simple injonction, qu'elle alléguait des hallucinations auditives et visuelles, qu'elle ne mettait pas à profit les moyens à sa disposition tant au sujet de la douleur que du mal-être psychique allégué et ne présentait aucune difficulté cognitive au jour de l'expertise. Ce costume d'invalidité n'avait donc aucun fondement objectif, ni ne justifiait des limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique, au vu de l'absence d'un épisode dépressif, d'aucun trouble anxieux, d'aucun trouble de la personnalité décompensé, d'aucun trouble somatoforme douloureux et d'aucun trouble psychotique. Rien au dossier ne permet de douter du bien-fondé de l'analyse effectuée par l'expert psychiatre du J._____, d'autant plus que, dans son rapport du 30 avril 2025, la psychiatre traitante confirme l'absence d'évolution de l'état de santé psychique de la recourante depuis le mois de décembre 2021, soit le début de la prise en

charge. Dans son rapport du 12 août 2024, la Dre R. _____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, médecin traitante, a posé les diagnostics de fibromyalgie depuis 2012 (diagnostic différentiel : syndrome somatoforme douloureux), de bronchopneumopathie chronique obstructive, tabagisme, et de probable psychose avec malaise et a indiqué qu'une nouvelle évaluation neurologique avait cours. Elle a fait part d'un statu quo sur le plan somatique et mentionné un suivi psychologique. Elle évaluait la capacité de travail comme nulle dans toute activité depuis le 5 février 2021, avec un mauvais pronostic. Outre que ce rapport ne comporte aucun élément médical nouveau dont les experts du J. _____ n'avaient pas déjà connaissance, son auteure n'y explique pas clairement en quoi les troubles qu'elle retient sont susceptibles d'influer négativement sur la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle comme dans une activité adaptée. En ce sens, le point de vue de la rhumatologue traitante n'est pas suffisamment étayé pour susciter un doute quelconque sur les conclusions de l'expertise. Enfin, le rapport du 29 septembre 2025 établi à la demande de la recourante par les médecins consultés au Centre de psychiatrie et psychothérapie H. _____ rejoint par la description clinique qui y figure celle déjà mentionnée dans les rapports précédents de ce centre et qui ont justifié la réalisation d'une nouvelle expertise confiée en décembre 2024 au J. _____ (cf. avis SMR du 18 février 2025), sans que ce dernier rapport n'apporte d'éléments médicaux nouveaux. De manière générale, il convient de constater que les médecins traitants ne tiennent pas toujours compte de l'aspect théâtral et démonstratif de la recourante pourtant relevés par tous les experts consultés. Seul le Dr M. _____, consulté au mois de juin 2024 aux urgences des E. _____, sur la base de l'hétéro-anamnèse avec le mari, a relevé la présence de pseudo-malaises chez l'intéressée. Par ailleurs, les médecins traitants n'effectuent aucun contrôle de la cohérence et de la plausibilité, ce qui explique leurs conclusions divergentes, et n'ont souvent pas étayé les diagnostics retenus, ni objectivé les limitations fonctionnelles, ce qui ne permet pas de les valider.

E. 6

a) La décision rendue le 13 novembre 2019 est fondée sur l'expertise pluridisciplinaire confiée par l'OAI à la CRR. Les experts ont rendu leur rapport le 29 juillet 2019. Au terme de leur évaluation, ils ont posé les diagnostics de tabagisme chronique (F17.9) et de syndrome douloureux persistant (F45.4). Ils ont admis de manière unanime que l'assurée ne présentait aucune atteinte significative à la santé physique et psychique susceptible d'occasionner des limitations fonctionnelles dans toute activité sur le premier marché de l'emploi, et par conséquent de générer une incapacité de travail (dans des activités non qualifiées ou l'activité de coiffeuse). b) La décision attaquée est fondée sur l'expertise du J. _____ du 11 février 2025. Sous réserve des limitations fonctionnelles retenues sur le plan physique et qui seront discutées plus bas, le rapport d'expertise bidisciplinaire du J. _____ satisfait à toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document (cf. consid. 3d-e supra). Il convient de relever que les experts ont examiné l'ensemble des pièces du dossier médical mis à leur disposition, les ont résumées, puis, après avoir examiné chacun la recourante personnellement et rendu leurs évaluations respectives, ils ont posé l'anamnèse, décrit la journée-type avant d'exposer son statut clinique (psychiatrique et rhumatologique) et ont discuté les diagnostics retenus, respectivement ceux exclus en prenant le soin de discuter les avis des autres médecins figurant au dossier. Les experts du J. _____ ont en outre tenu compte de l'ensemble des plaintes exprimées par la recourante et ont sollicité, en cours d'expertise, un examen neuropsychologique de celle-ci réalisé le 13 janvier 2025. Les diagnostics posés sont

motivés et posés dans les règles de l'art, les experts rendant compte de leur propres constatations cliniques qu'ils analysent en y intégrant la prépondérance des nombreux facteurs extra-médicaux constatés compromettant les chances de réinsertion de la recourante. Les experts ont également répondu de manière claire aux questions de l'administration. La discussion du cas s'avère dès lors dûment motivée et convaincante.

E. 7

a) La recourante fait valoir une aggravation de son état santé intervenue sur le plan psychiatrique. b) Dans son rapport du 17 juillet 2019, l'expert psychiatre de la CRR a écarté chez l'assurée un trouble de l'adaptation, à la suite d'un accident du mari, ainsi qu'un trouble anxieux sans précision et une modification durable de la personnalité. Devant un climat relativement démonstratif, sans intention consciente de la part de l'assurée, l'expert a exclu une problématique de type dissociatif. Compte tenu des malaises évoqués, lesquels pouvaient faire penser à des épisodes de stupeur dissociative, et sur la base d'un épisode observé durant l'entretien, l'expert n'a pas constaté de diminution marquée du mouvement et du langage ; au contraire, l'assurée avait continué à parler et montré une légère dyspnée à ce moment-là. Par ailleurs, il n'a pas été observé de trouble moteur dissociatif ni d'anesthésie dissociative, en particulier aucun élément suggérant une perte partielle de la vision, de l'audition ou de l'olfaction lors du questionnaire dirigé. L'expert psychiatre n'a pas non plus relevé la présence d'un trouble de l'humeur, la tristesse exprimée devant lui n'étant pas d'une intensité significative mais s'inscrivant dans une constellation symptomatique dont la douleur persistante figurait au centre. L'ensemble du tableau clinique observé lors de l'expertise à la CRR ainsi que les éléments anamnétiques à disposition étaient compatibles avec le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant dont les critères étaient remplis (à savoir, une douleur persistante intense accompagnée d'un sentiment de détresse, ubiquitaire, qui n'était pas expliquée par un processus physiologique, mais qui constituait la préoccupation essentielle de l'assurée, et l'association à une fatigue intense, à des douleurs mandibulaires ainsi qu'à des malaises peu spécifiques). Cette atteinte n'était toutefois pas incapacitante. c) Dans son rapport du 11 février 2025, l'expert psychiatre du J. _____ n'a pas retenu de diagnostics relevant de sa spécialité médicale. Il s'est distancié de ceux évoqués par la psychiatre traitante. Ainsi, l'expert a écarté un épisode dépressif chez une assurée théâtrale, démonstrative et peu authentique dont les difficultés cognitives annoncées n'ont pas été confirmées par les tests neurocognitifs réalisés (cf. rapport d'examen neuropsychologique du 17 janvier 2025 de la psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP O. _____). Selon l'expert le tableau clinique annoncé n'était pas cohérent. Alors que l'assurée alléguait des hallucinations visuelles, il n'était repéré aucune attitude d'écoute, aucun comportement en rapport avec la vision ni les voix et pas d'anxiété liée aux dites hallucinations. De plus, leur description, leur fréquence et leur intensité demeuraient très floues, sans permettre d'y adhérer, alors que leurs zoopsies n'étaient pas classiques. L'expert a indiqué que l'intéressée avait évoqué les mêmes hallucinations visuelles à la neuropsychologue qui, à son tour, les a qualifiées d'incohérentes et sans pouvoir y adhérer non plus. En outre, l'assurée était apparue à l'expert psychiatre comme détendue en fin d'entretien, et même souriante. Une consommation d'alcool (non chronique ni massive) était retrouvée selon les chiffres du PETH (phosphatidyléthanol) réalisé, ce qui augurait une consommation potentiellement festive/sociale, ajoutant une incohérence au tableau sévère que l'assurée voulait donner. Ensuite, l'expert psychiatre a exclu la présence d'un trouble affectif bipolaire étant donné l'absence chez l'expertisée de périodes d'euphorie, de logorrhée, de tachypsychie, de

tentamen, d'une inappétence aux produits (malgré une consommation d'alcool festive/sociale vraisemblable sans conséquences médicales), de dépenses inconsidérées, de prise de risque sur la route ou de désinhibition sexuelle, d'une réduction du besoin de sommeil, d'idées de grandeur ou d'augmentation de la communicabilité, et d'antécédent familial. A ce propos, l'expert a relevé qu'un épisode hypomaniaque ou un accès maniaque n'auraient pas manqué d'être rapportés par l'intéressée ou les médecins consultés. L'expert n'a pas non plus observé la présence d'un trouble anxieux chez l'expertisée qui ne présentait aucune tension interne ou anxiété flottante, aucune irritabilité, dormait bien et sans difficulté d'endormissement, ne présentait aucune difficulté de concentration ou de mémorisation malgré la plainte centrale répétitive et non validée aux tests neuropsychologiques qu'elle avait échoués. Elle n'avait aucune propension à se faire du souci, aucune anxiété généralisée ni phénomène anxieux paroxystique ou mal caractérisé avec une fréquence trop faible pour retenir un trouble panique. Il n'était également pas retrouvé d'agoraphobie, de rituel, de trouble obsessionnel compulsif (TOC), de crainte ou évitement spécifique, ni aucune phobie sociale. Quant aux pseudo crises d'épilepsies qui existaient au moins déjà depuis 2015, il était difficile d'y adhérer à l'instar du reste du tableau clinique allégué ; la crise observée en entretien avait rapidement cessé sur injonction de l'examineur qui avait poursuivi l'entrevue comme si rien ne s'était passé. Pour le reste, il n'était pas observé de flash-back, d'état de stress post-traumatique (ESPT) ni d'événement catastrophique connu. L'expert n'a également pas retenu de trouble somatoforme douloureux. Il a observé que, malgré les douleurs annoncées en début d'entretien, l'expertisée n'en a plus fait mention par la suite, sans aucune mimique douloureuse durant la durée de l'examen (une heure et quarante minutes). Malgré une plainte depuis un accident banal du mari en 2012 – 2013, l'expertisée n'était pas en recherche d'une solution puisqu'elle ne bénéficiait pas de suivi spécifique par un rhumatologue, ne prenait aucun traitement antalgique (même simple), ni ne consultait un centre antidouleurs ou un physiothérapeute, n'était pas prise en charge en rééducation ou en médecine parallèle, et qu'il existait un doute relatif à l'observance des psychotropes. En outre, l'expertisée ne présentait aucune détresse réelle mais elle était de plus en plus détendue au fur et à mesure et spécialement en fin d'entretien ; elle ne présentait pas de sentiment de victimisation ni d'idées obsessionnelles sur son état de santé (malgré la focalisation sur ses plaintes psychiques et son incapacité de travail autoproclamée), ni de conflit avec le monde médical. Bien qu'elle fût seule durant la journée, elle bénéficiait du soutien de son mari lorsqu'il se trouvait au domicile, des visites familiales et conservait un minimum d'autonomie quotidienne malgré ses dires. En présence de multiples incohérences figurant au dossier, l'expert psychiatre du J. _____ n'a pas retenu un trouble somatoforme persistant non incapacitant tel que cela a été diagnostiqué en 2019 par l'expert psychiatre de la CRR, lequel a mentionné un pronostic sombre compte tenu de facteurs extra-médicaux. L'expert a encore exclu de retenir un trouble psychotique chez l'assurée qui n'avait jamais été délirante ni hallucinée du point de vue visuel, auditif ou cénesthésique et qui n'avait pas présenté de syndrome d'automatisme mental. Il a lui-même observé un contact toujours adapté et bien névrotique de l'expertisée qui s'inscrivait parfaitement dans la réalité, sans altération aucune de ses capacités de jugement, de raisonnement ou de discernement, cela malgré les hallucinations visuelles et auditives alléguées qui n'étaient toutefois pas confirmées lors de l'expertise et des tests neuropsychologiques. En outre, l'intéressée était apparue détendue en fin d'entretien, et même souriante. Enfin, l'expert psychiatre a exclu un trouble de la personnalité décompensé. Malgré une évaluation

perturbée en raison du caractère démonstratif de l'assurée, elle était stable sur le plan familial au moins ; elle consommait de l'alcool vraisemblablement dans un cadre festif/social et avait été capable de travailler, de migrer, de fonder un foyer et d'élever ses enfants. Aussi, malgré l'allégation d'un besoin d'aide et d'un manque de confiance en elle, l'expertisée déclarait avoir toujours bien fonctionné jusqu'en 2012 – 2013 et l'apparition des douleurs. Au vu de l'absence d'une modification durable de la personnalité compte tenu de l'inexistence d'événement de catastrophe, aucun trouble de la personnalité évident n'était constaté. Dans ces conditions, l'expert psychiatre du J._____ n'a pas retenu d'incapacité de travail, ni de limitation fonctionnelle, estimant que le tableau clinique était identique à celui qui avait déjà cours lors de l'expertise précédente en 2019, sans aucune variation dans le sens d'une aggravation. Cet avis expertal a été validé par le SMR (avis médical du 18 février 2025), repris ensuite par l'OAI. La Cour de céans ne voit aucun motif justifiant de s'en écarter. Il n'existe donc toujours aucune atteinte à la santé incapacitante sur le plan psychiatrique.

E. 8

a) Les experts du J._____ ont posé les diagnostics incapacitants de fibromyalgie (M79.7), de cervicalgies mécaniques sur atteinte dégénérative débutante (M54.2) et de gonarthrose gauche débutante (M17.0), avec status post fracture rotulienne non déplacée et, comme diagnostic non-incapacitant, une obésité (F66). Sur la base des avis spécialisés figurant au dossier, l'expert rhumatologue a retenu que l'assurée remplissait les critères diagnostiques de fibromyalgie. Il a constaté que si cette atteinte à la santé en elle-même ne justifiait pas de limitations fonctionnelles sur le plan rhumatologique, l'intensité des douleurs alléguées et la fatigue chronique entraînaient une perte de rendement ainsi que la nécessité d'une répartition harmonieuse des horaires de travail, depuis 2015, date du diagnostic de fibromyalgie. L'expert a indiqué que les cervicalgies mécaniques sur atteinte dégénérative débutante et la gonarthrose gauche débutante motivaient des limitations fonctionnelles rhumatologiques qui étaient : « nécessité d'une activité professionnelle à prédominance sédentaire, permettant d'alterner les stations assises et debout avec réalisation de courtes pauses. Éviction des mouvements en hyperextension et rotations du rachis cervical. Absence d'efforts de soulèvement depuis le sol au-delà de 5 kg. Absence de stations accroupies ou à genoux, de station debout prolongée, d'usage d'échelles ou d'escabeaux, ni de montées et descentes des escaliers ». Depuis 2015, la capacité de travail de l'assurée est estimée à 80 % jusqu'à octobre 2024, puis à 56 % dans l'activité habituelle, et à 80 % (100 % avec une perte de rendement de 20 %), sans évolution depuis 2015, dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles précitées. b) Par avis médical du 18 février 2025, le SMR a partiellement validé les conclusions de l'expert rhumatologue du J._____ en exposant les motifs médicaux pour lesquels les limitations fonctionnelles ou une baisse de rendement dues à la fibromyalgie selon cet expert ne pouvaient pas être admises. Observant que l'arthrose débutante du genou gauche ne justifiait pas de restriction fonctionnelle, chez une assurée qui marchait sans boiterie, ne présentait ni épanchement ni tuméfaction et n'avait plus de suivi, le SMR a conclu à l'absence de modification de l'état de santé de la recourante depuis 2021. L'OAI a repris et complété ces explications à l'examen du rapport du 30 avril 2025 de la psychiatre traitante, pour écarter les limitations fonctionnelles physiques retenues depuis la précédente expertise à la CRR (cf. courrier du 16 juin 2025 accompagnant la décision attaquée, p. 3). c) La Cour de céans est d'avis qu'il se justifie de suivre les conclusions médicales du SMR et de l'OAI sur le plan somatique. aa) Le diagnostic de fibromyalgie a été examiné puis écarté au profit d'un syndrome

douloureux somatoforme persistant non invalidant lors de l'expertise de la CRR de 2019 ; cette atteinte n'induisait aucune limitation fonctionnelle, ni une baisse de rendement chez la recourante. L'expert du J. _____ a retenu la fibromyalgie depuis 2015, ce qui s'apparente à une appréciation différente de la même situation. Il a noté que cette atteinte ne justifiait pas de limitation fonctionnelle sur le plan rhumatologique mais que l'intensité des douleurs alléguées et la fatigue chronique entraînaient une perte de rendement et la nécessité d'une répartition harmonieuse des horaires de travail. C'est le lieu de rappeler que, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'appréciation du caractère invalidant potentiel d'une fibromyalgie est subordonnée, par analogie, aux principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoforme douloureux, vu les nombreux points communs entre ces troubles (ATF 132 V 65 consid. 4 ; TF 9C_710/2023 du 28 juin 2024 consid. 6.1). Ainsi, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont une influence décisive sur le développement d'une telle maladie, un examen doit être réalisé sur la base d'une procédure structurée au moyen des indicateurs applicables en présence de troubles psychiatriques (TF 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2). Or en l'espèce, l'évaluation desdits indicateurs sur le plan psychiatrique n'a démontré aucune limitation. En effet, au plan psychiatrique, l'expert a relevé trop d'incohérences dans ce dossier. Le discours lui est apparu peu authentique, avec une discordance majeure entre la clinique au jour de son expertise rassurante, d'une part, et les diagnostics sévères retenus par les psychiatres traitants, les limitations fonctionnelles massives annoncées, d'autre part, sans difficultés cognitives et avec un manque de collaboration évident (à nouveau) aux tests neuropsychologiques demandés et échoués. Les plaintes, les douleurs et le retentissement fonctionnel allégués apparaissaient disproportionnés, sans rapport avec le peu de moyens utilisés par la recourante qui étaient pourtant à sa disposition. L'expert psychiatre a indiqué que la clinique ne permettait pas de retenir le moindre diagnostic incapacitant du point de vue psychopathologique, pas même un trouble douloureux somatoforme persistant, et que les limitations fonctionnelles n'étaient pas possibles ni plausibles du point de vue de la psychiatrie. La capacité de travail de la recourante sur le plan psychiatrique était de 100 % depuis toujours tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. bb) Concernant les cervicalgies mécaniques sur atteinte dégénérative débutante et la gonarthrose débutante, le raisonnement du SMR selon lequel ces atteintes à la santé ne justifient pas de restriction fonctionnelle particulière, convainc. En effet, ces atteintes à la santé sont, en l'état, qualifiées de débutantes et aucun médecin traitant n'a constaté de limitations fonctionnelles corrélatives. Au demeurant, l'expert rhumatologue du J. _____ a qualifié l'atteinte dégénérative au genou gauche de l'assurée de très débutante. Cet élément confirme l'absence de gravité de cette altération. Il a indiqué par ailleurs que le syndrome douloureux initialement localisé au rachis et à la ceinture scapulaire était présent depuis la fin de l'année 2012, avec une extension rapide des douleurs à l'ensemble du rachis et aux quatre membres les années suivantes. Cela vient confirmer l'existence de cette atteinte à la santé de longue date sans une évolution dans sa gravité constatée dernièrement. De plus, l'expert rhumatologue a noté que l'imagerie du rachis cervical réalisée en 2015, par radiographie standard puis IRM, a montré une discrète perte des courbures physiologiques et une atteinte dégénérative très débutante non significative, pour laquelle la recourante n'avait pas de prise en charge en dehors d'un traitement quotidien par Paracétamol et anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), qu'elle ne réalisait plus de séance de physiothérapie, n'avait jamais eu de rééducation active ou de séjour en centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle, ni de prise en charge en centre d'anesthésiologie et traitement de la douleur, et qu'elle n'avait

en outre pas bénéficié d'une prise en charge infiltrative, en ergothérapie, d'orthèses, de soins de médecine complémentaire, d'électrothérapie (cf. expertise J._____, p. 23). Au demeurant, à la rubrique « évaluation de la cohérence et de la plausibilité », l'expert rhumatologue a indiqué que l'intensité des douleurs alléguées, la fatigabilité et la gêne fonctionnelle étaient disproportionnées par rapport aux constatations cliniques et aux résultats d'imagerie (cf. expertise J._____, p. 24).

E. 9

a) De son côté, la recourante critique la durée des examens dans le cadre de son expertise auprès du J._____, déplorant des examens réalisés sur deux jours et d'une durée de deux heures par discipline médicale. C'est le lieu de rappeler que la durée de l'examen médical n'est pas en soi un critère permettant de remettre en question la valeur du travail de l'expert (TF 9C_233/2024 du 27 juin 2024 consid.

E. 10

Sur le vu de ce qui précède, il n'existe aucune aggravation de l'état de santé de la recourante de nature à influencer négativement sa capacité de travail. La situation de cette dernière s'avère superposable à celle qui avait cours le 13 novembre 2019. Ceci exclut le droit aux prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI).

E. 11

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.