

VD_GERICHTE ZD25.012205 vom 16. März 2026

VD Tribunal cantonal, 2026-03-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD25.012205

FR: VD_GERICHTE ZD25.012205 du 16 mars 2026

IT: VD_GERICHTE ZD25.012205 del 16 marzo 2026

Erwägungen

E. 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 10J010

- 24 - et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). c) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 10J010

- 25 - 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se

fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3). 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

10J010

- 26 - objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 précité consid. 6.1.2 et les références citées). d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). e) 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. 5

a) Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus

postérieurement et ayant modifié 10J010

- 27 - cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1). b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

E. 6

a) En l'espèce, l'assurée a déposé une précédente demande de prestations AI le 21 mai 2014, ayant conduit à une décision de refus de rente du 8 novembre 2016, confirmée dans son résultat, mais pas dans son raisonnement, par arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 26 mars 2018. Après être entré en matière sur la nouvelle demande de l'assurée déposée le 29 décembre 2021 en raison d'une aggravation de la gonarthrose, l'OAI a estimé que la modification de l'état de santé invoquée par la recourante n'était pas susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Ecartant en partie les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire menée par le K. _____ le 22 mai 2023 et se fondant sur les avis du SMR – en particulier ceux du 5 juin 2023 et 5 septembre 2023 –, l'office intimé a en effet retenu que l'intéressée conservait une capacité de travail entière dans une activité adaptée qui respectait les limitations fonctionnelles sur le plan somatique, à savoir une activité essentiellement assise et sans déplacement autre que sur de courtes distances, sans travail debout. La recourante conteste ce point de vue, estimant pour l'essentiel être incapable de travailler, ses restrictions médicales, en sus de son absence de formation scolaire et professionnelle, limitant considérablement son accès à l'emploi.
10J010

- 28 - b) En premier lieu, on relèvera que l'avis du SMR du 5 juin 2023 ne convainc pas et ne permet donc pas de s'écarter valablement des conclusions expertales du K. _____. En effet, il ressort de cet avis que la baisse de rendement de 30 % retenue par les experts du K. _____ ne pouvait être admise, l'expertise ne mettant pas en évidence d'élément médical objectif en faveur d'une aggravation significative de l'état de santé psychique ou somatique de l'intéressée depuis 2016. Le médecin du SMR a ainsi retenu qu'une capacité de travail entière était exigible dans une activité adaptée, tel que cela ressortait de la précédente décision de l'OAI, confirmée par arrêt du 26 mars 2018 de la Cour des assurances sociales. Ce faisant, elle a précisément omis de tenir compte de l'arrêt précité, qui a certes confirmé la décision de l'OAI dans son résultat – à savoir un refus de rente d'invalidité – mais qui a admis une baisse de rendement de 20 % pour des raisons psychiques, telle qu'attestée par les psychiatres L. _____ et A. _____. La Cour a effectivement estimé que, bien qu'il apparaisse peu vraisemblable, en règle générale, qu'une dysthymie soit invalidante, la dépression latente sous forme de dysthymie depuis au moins quinze ans associée à des épisodes dépressifs récurrents et à un retard mental léger compliquait significativement la capacité de la recourante à s'inscrire dans une activité professionnelle sur la durée et influait sur sa capacité à agir et se motiver. Elle a donc considéré comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que les troubles

psychiques de l'assurée limitaient ses ressources et justifiaient cette diminution de la capacité de travail (cf. arrêt CASSO du 26 mars 2018 AI 328/16 – 92/2018, consid. 6). Partant, en retenant que la situation n'avait pas évolué et que la recourante conservait une capacité de travail entière, la médecin du SMR a fait preuve d'une certaine méconnaissance du dossier et ne saurait être suivie. c) Il convient à présent d'examiner la valeur probante de l'expertise réalisée le 22 mai 2023 par le K. _____, afin de déterminer si elle peut servir de fondement à l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée. 10J010

- 29 - aa) D'un point de vue formel, le rapport d'expertise remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, les experts ont individuellement rencontré la recourante les 29 mars et 6 avril 2023 afin d'effectuer leur examen clinique, ont réalisé un examen sanguin en laboratoire, ont confronté leurs conclusions lors d'un échange au terme de leurs examens respectifs, et également lors de la finalisation de l'expertise (cf. rapport d'expertise, p. 11), puis ont rédigé un rapport détaillé. Ils ont ainsi établi une évaluation consensuelle dans laquelle ils ont conjointement évalué l'état de santé, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de la recourante. Chaque expert a procédé à une étude circonstanciée du cas et dressé une anamnèse complète, aussi bien sur le plan personnel et familial que social et médical. Les experts ont tenu compte des plaintes de la recourante, qu'ils ont soigneusement énumérées, et les ont confrontées avec leurs constatations objectives. Ils se sont encore renseignés sur ses habitudes, sa vie quotidienne, ses loisirs et son emploi du temps. L'expertise a en outre été établie en pleine connaissance des éléments médicaux au dossier, les experts ayant synthétisé les documents médicaux depuis 1996 (cf. expertise du K. _____, p. 39 ss). bb) Sur le plan psychiatrique, l'expert V. _____ a posé le diagnostic incapacitant de dysthymie (F34.1) et le diagnostic non- incapacitant d'hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques (F50.4). Ces diagnostics ont été posés par l'expert psychiatre en référence à un système de classification reconnu, soit la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10), à la lumière des éléments cliniques constatés (cf. rapport d'expertise du K. _____, pp. 33 ss). L'expert a dûment expliqué les raisons pour lesquelles il ne retenait pas de trouble dépressif récurrent, s'alignant à cet égard sur le diagnostic de dysthymie posé par le psychiatre traitant dans son rapport du 19 juillet 2016 devant l'existence d'une humeur triste évoluant depuis de nombreuses années, sans rumination anxieuse, sans élément psychotique associé, ni idée suicidaire ; les troubles cognitifs n'étaient, du reste, pas majeurs. A l'instar du psychiatre traitant, il a considéré qu'il existait une baisse de rendement de 20 % du fait de la 10J010

- 30 - dysthymie, soit du manque de persévérance, d'une anhédonie et d'un léger ralentissement psychomoteur. S'agissant du trouble alimentaire, l'expert a précisé que celui-ci n'influçait pas la capacité de travail puisqu'il n'existait pas de temps passé important à manger, ni de souffrance morale majeure liée à l'acte même de consommer des produits alimentaires. L'expert V. _____ a également procédé à une analyse complète des indicateurs de l'ATF 141 V 281. Dans ce cadre, il s'est dûment prononcé sur le degré de gravité de la dysthymie présentée par l'assurée, en relevant que celle-ci engendrait des difficultés d'introspection, ainsi que des difficultés à mettre en place des stratégies efficaces et une certaine passivité. La recourante présentait en outre une humeur triste, une baisse de l'élan vital, sans baisse d'estime d'elle-même, un très léger ralentissement psychomoteur, un léger ralentissement de la gestuelle et un émoussement des affects.

S'agissant du critère relatif au succès ou à l'échec du traitement et de la réadaptation, il a indiqué que le traitement actuel était anarchique, du fait du manque d'intérêt de l'expertisée, qu'un suivi plus régulier serait souhaitable et qu'un traitement antidépresseur pourrait être essayé, sans qu'il ne soit toutefois exigible. Aucun trouble de la personnalité n'avait été constaté. Au regard de la Mini CIF-APP, la symptomatologie entraînait des difficultés à planifier et structurer les tâches, ainsi qu'à envisager son existence différemment de ce qu'elle vivait actuellement, étant en outre maintenue dans une activité répétitive et affaiblie par un manque d'intérêt. Elle conservait toutefois une capacité à s'adapter aux règles et aux routines, ainsi qu'à dire ce qu'elle pensait, à dire non, à entretenir des rapports avec sa famille, à travailler en groupe et à prendre soin d'elle. Elle disposait de ressources auprès de ses enfants et de sa belle-fille. Du point de vue de la cohérence, l'expert psychiatre a relevé qu'il n'existait pas de volonté d'exagération des douleurs, la description des symptômes étant en concordance avec la description des diminutions des activités de la vie quotidienne. En définitive, l'expert psychiatre a retenu une capacité de travail de 80 %, par baisse de rendement de 20 %, depuis juillet 2016, date de la constatation de la dysthymie par le psychiatre traitant, dans une 10J010

- 31 - activité répétitive, maîtrisée, sans prise de décision immédiate. La baisse de rendement était liée à la dysthymie, c'est-à-dire au manque de persévérance, à l'anhédonie et au léger ralentissement psychomoteur présentés par l'intéressée. Ce faisant, l'expert s'est rallié à la situation prévalant en 2016, confirmée par arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 26 mars 2018. Ses conclusions sont claires, motivées et cohérentes avec les éléments au dossier et les constats cliniques opérés. L'analyse du Dr V. _____ n'est, du reste, pas sérieusement mise en doute par les éléments au dossier. En effet, ce dernier a dûment étayé son positionnement quant à l'avis médical du psychiatre traitant de la recourante ressortant de ses rapports des 2 mars et 18 juillet 2022. A cet égard, il a souligné ne pas retenir une aggravation de l'atteinte psychiatrique compte tenu de l'absence d'élément psychotique associé, d'idée suicidaire et de trouble cognitif majeur, mais a estimé que la situation était uniquement devenue plus chronique, avec un isolement social plus important depuis quelques années. On relèvera, d'ailleurs, que le psychiatre traitant a expressément noté, dans son rapport du 2 mars 2022, que les troubles psychiatriques restaient identiques à ceux de 2016 et que le droit à reconsidérer la décision de refus de rente devait être ouvert au vu des atteintes somatiques majeures. S'agissant en outre du diagnostic posé d'anxiété généralisée (cf. rapport du 18 juillet 2022), l'expert V. _____ a dûment expliqué que l'expertisée ne présentait pas de ruminations anxieuses ni de manifestations neurovégétatives, de sorte que ce diagnostic devait être exclu. A cela s'ajoute que les conclusions du volet psychiatrique de l'expertise ne sont pas remises en cause par les rapport établis postérieurement. Le certificat du 16 mai 2025 du Dr A. _____, produit avec la réplique, attestant une incapacité de travail de 100 %, n'est pas motivé et ne permet donc pas d'invalider les conclusions expertales motivées et convaincantes. cc) Sur le plan somatique, l'expert en médecine interne générale, le Dr T. _____, a posé le diagnostic incapacitant d'obésité morbide de grade III et les diagnostics non-incapacitants d'hypertension 10J010

- 32 - artérielle essentielle, de diabète de type 2 non insulinoquant, de goitre euthyroïdien, d'insuffisance veineuse des membres inférieurs, de status après neurolyse du nerf médian gauche et suspicion de syndrome du canal carpien droit, d'anémie ferriprive par spoliation chronique et d'utérus myomateux. Il a relevé que la situation s'apparentait à

un cercle vicieux, puisqu'il faudrait que la recourante augmente son activité physique et cesse ses grignotages, mais que celle-ci n'y parvenait pas en raison des problèmes orthopédiques et éventuellement psychiques ; de l'autre côté, le succès d'éventuelles interventions prothétiques au niveau des genoux destinées à améliorer les douleurs et l'autonomie semblait compromis par le surpoids. Il a souligné à cet égard la progression des comorbidités ostéoarticulaires. Le médecin précité a estimé que l'expertisée était confrontée à des limitations fonctionnelles en lien avec son obésité, plus précisément avec une adiposité localisée extrêmement marquée au niveau de l'abdomen, des bras et des cuisses qui entravaient sa mobilité. La capacité de travail dans l'activité habituelle d'aide cuisinière était nulle depuis le 31 mai 2014. Il estimait toutefois que la recourante était capable de travailler à 100 %, avec une baisse de rendement de 30 %, dans une activité sédentaire sans efforts physiques importants, sans déplacement de plus de quelques cinquantaines de mètres, principalement en position assise et sans travaux en hauteur de plus de quelques minutes de suite, en raison de la surcharge pondérale et de l'adiposité localisée, et ce probablement depuis le 1er juin 2014. La diminution de rendement était provoquée par le déconditionnement et les difficultés de déplacement. L'expert en rhumatologie, le Dr U. _____, a, quant à lui, posé les diagnostics incapacitants de gonalgies bilatérales sur gonarthrose compartimentale, prédominant à gauche, ainsi que de limitations douloureuses de la mobilité des deux épaules, et les diagnostics non- incapacitants de lombalgies, d'Haglund bilatéral, relevant en outre une importante obésité et un déconditionnement global. Il a notamment relevé à cet égard que l'assurée se plaignait de douleurs au niveau des épaules liées à la surcharge dépendante d'une très importante obésité au niveau des bras, qui l'empêchait d'effectuer certains mouvements et provoquait des surcharges au niveau de la mobilisation. La capacité de travail dans 10J010

- 33 - l'activité d'aide-cuisinière était nulle depuis janvier 2014. L'expert précité a toutefois estimé que la recourante conservait une capacité de travail de 100 %, avec une diminution de rendement de 20 % en raison d'un besoin de périodes de repos, dans une activité principalement assise lui permettant de changer de position, sans marche, sans accroupissement, sans activité à genou, sans échelle, ni échafaudage, sans marche sur un terrain inégal et sans activité au-dessus de la ceinture scapulaire. Il a également expliqué que la mise en place de prothèses totales pourrait diminuer les douleurs de l'assurée, à condition que celle-ci effectue des exercices musculaires lors de la réadaptation et avant la mise en place des prothèses. Il a encore noté que l'assurée se plaignait de douleurs au niveau des poignets, sans que des examens cliniques ne mettent en évidence de pathologie ; il a toutefois recommandé d'investiguer de manière approfondie l'origine de ces douleurs afin qu'un traitement adéquat soit institué. Les conclusions expertales apparaissent claires, circonstanciées et dûment motivées, de sorte qu'elles satisfont aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante. Certes, le SMR reproche aux experts d'avoir retenu une diminution de rendement de 30 % sur le plan somatique depuis 2014, alors qu'une décision rendue le 8 novembre 2016 par l'office avait admis une capacité de travail de 100 % sous l'angle somatique, ce qui avait été confirmé par arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il convient toutefois de relever que cette décision antérieure reposait exclusivement sur les rapports des médecins traitants ainsi que sur l'appréciation du SMR, sans qu'une expertise indépendante pluridisciplinaire, dont la valeur probante est accrue, n'ait été ordonnée. Par ailleurs, il ressortait déjà des rapports des médecins traitants à l'époque que la recourante présentait des difficultés de mobilisation en lien avec son obésité. Dans ces conditions, on peut admettre que le Dr T. _____ ait

estimé que la baisse de rendement de 30 % avait probablement débuté en juin 2014. À cela s'ajoute que les experts ont objectivé une aggravation de l'état somatique depuis la décision précédente, en particulier sur le plan ostéo-articulaire. Ils ont notamment relevé une progression de la 10J010

- 34 - gonarthrose et ont fait état de douleurs aux épaules liées à l'obésité, qui n'étaient pas objectivées auparavant, ces atteintes engendrant de nouvelles limitations fonctionnelles. Ces éléments médicaux nouveaux viennent ainsi conforter l'appréciation expertale d'une diminution de rendement, en s'inscrivant dans une évolution clinique documentée et cohérente avec les limitations fonctionnelles décrites. On relèvera, d'ailleurs, que le Tribunal fédéral est revenu sur sa jurisprudence et a estimé que l'obésité pouvait entraîner une invalidité donnant droit à des prestations de rente ; il s'agit d'examiner au cas par cas si et dans quelle mesure l'obésité et le déconditionnement physique qu'elle engendre impactent la capacité de travail et, cas échéant, si l'assuré peut réduire le dommage (cf. ATF 151 V 66 consid. 5.9 et 5.11). En l'espèce, les experts ont dûment exposé le parcours de la recourante, obèse depuis plus de trente ans, prise en charge dès 2001 par la consultation d'obésité du CHUV, qui avait déjà retenu un diagnostic d'obésité de grade III ; ils ont exposé les différents traitements instaurés, y compris une « sleeve gastrectomie » effectuée le 25 février 2019, qui n'avait conduit qu'à une perte modeste d'une dizaine de kilos, explicable par le trouble persistant du comportement alimentaire et par les douleurs articulaires, en particulier les gonalgies, limitant considérablement l'activité physique. L'expert en médecine interne générale a relevé le cercle vicieux dans lequel se trouvait la recourante. Il a également souligné que l'adiposité localisée était extrêmement marquée au niveau de l'abdomen, des bras et des cuisses et entravait sa mobilité. Au vu de ce qui précède, il est tout à fait compréhensible qu'il ait retenu le diagnostic d'obésité de grade III comme étant incapacitant et responsable d'une baisse de rendement de 30 %. Les conclusions expertales au niveau somatique ne sont, d'ailleurs, pas mises en doute par les éléments au dossier antérieurs à l'expertise. Les rapports médicaux produits par la recourante le 23 mars 2022 à l'appui de sa nouvelle demande de prestations font en effet état des mêmes diagnostics et de limitations fonctionnelles superposables (position assise possible pendant 45 minutes, nécessitant d'étendre le genou régulièrement, pas de déplacement dans les escaliers, périmètre de marche 10J010

- 35 - n'excédant pas 10 minutes). En outre, le rapport du 10 mai 2022 du Dr R. _____, lequel estime la capacité de travail de la recourante comme étant nulle quelle que soit l'activité depuis 2015, n'est aucunement étayé et ne convainc dès lors pas. De même, le rapport du 19 mai 2022 du Dr Q. _____, attestant une incapacité de travail totale depuis dix ans dans toute activité d'effort, ne permet pas d'invalider la capacité de travail retenue par les experts du K. _____ dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. dd) L'évaluation consensuelle des experts ne prête pas non plus le flanc à la critique. Au terme de deux échanges, ceux-ci sont parvenus à une évaluation globale de la capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 30 %, depuis le 1er juin 2014 (cf. expertise, p. 11). Cette appréciation, dûment motivée, est entièrement probante et pouvait être suivie par l'intimé, contrairement à ce que préconisait la médecin du SMR dans son avis du 5 juin 2023. d) Cela dit, il apparaît que l'état de santé de la recourante a évolué après la réalisation de l'expertise par le K. _____. Celle-ci a en effet bénéficié d'une intervention sous la forme d'une pose de prothèse totale de genou gauche le 5 juillet 2023 selon le protocole opératoire du même jour du Dr W. _____. La mise en

place d'une prothèse totale du genou droit était en cours de discussion. Ce médecin a noté, dans un rapport du 17 août 2023, que l'évolution post-opératoire était favorable et qu'aucune incapacité de travail n'était à prévoir dans un futur proche, la patiente pouvant travailler dans une activité adaptée à 100 % en évitant les déplacements fréquents. A l'instar du médecin du SMR (cf. avis du 5 septembre 2023), il sied de retenir qu'en l'absence de complication, l'intervention prévue au genou droit devrait, elle aussi, justifier une incapacité de travail totale transitoire de six semaines dans toute activité, avec récupération de la capacité de travail antérieure. Partant, les conclusions des experts du K. _____ restent valables, malgré les interventions précitées. L'on peut également considérer que les limitations fonctionnelles resteront les mêmes, dans le but de soulager les genoux de 10J010

- 36 - l'intéressée, l'expert U. _____ ayant retenu que la pose de prothèses pourrait diminuer les douleurs, sans qu'elles ne disparaissent complètement. Conformément à l'avis du Dr U. _____, qui préconisait d'investiguer les douleurs que présentait l'intéressée au niveau des poignets, un examen neurologique auprès du Dr Y. _____ a eu lieu, qui a en particulier révélé un léger signe de Tinel au niveau du tunnel carpien droit et une arthrose radio-ulnaire distale droite, comme cela ressort du rapport du médecin précité du 1er février 2024. Une IRM du poignet droit a également été réalisée le 23 février 2024. La Dre J. _____, spécialiste en chirurgie de la main, a posé les diagnostics de douleurs du poignet à droite avec une chondropathie radio-ulnaire distale et une inflammation de la région du TFCC et proposé à sa patiente une infiltration de la région sous scopie. Répondant au questionnaire de l'OAI, la médecin précitée a estimé, dans un rapport du 20 août 2024, que sa patiente pourrait exercer une activité qui éviterait des mouvements répétitifs et en force au niveau de la main droite. Face à ces éléments, l'on peut se rallier aux conclusions du SMR, qui a relevé, dans un avis du 23 septembre 2024, que les diagnostics supplémentaires de léger syndrome du tunnel carpien droit et d'arthrose radio-ulnaire droite devaient être retenus et que ceux-ci entraînaient les limitations fonctionnelles supplémentaires suivantes : limitation pour les mouvements répétés et en force de la main droite, sans incidence sur la capacité de travail de la recourante. La décision de l'OAI du 18 février 2025 ne tient pas compte de cet avis du SMR, puisqu'elle se réfère entièrement aux motifs présentés dans le projet de décision du 25 octobre 2023, en omettant d'ajouter les limitations fonctionnelles liées au membre supérieur droit, ce qui constitue une erreur et doit être corrigé dans le cadre de la présente procédure. e) La recourante fait en outre valoir, dans sa réplique, qu'une fibromyalgie serait désormais suspectée, laquelle devait nécessairement faire l'objet par l'OAI d'un examen médical approfondi, intégrant l'ensemble 10J010

- 37 - des indicateurs jurisprudentiels relatifs aux troubles somatoformes psychiques. Elle a produit à cet égard un rapport du 22 août 2025 du Dr Z. _____, qui a noté que sa patiente souffrait d'un trouble dépressif récurrent, d'une gonarthrose bilatérale et de polyarthralgies diffuses, chroniques, éventuellement compatibles avec une fibromyalgie. On observera tout d'abord que ce rapport a été établi le 22 août 2025, à la suite d'une consultation ayant eu lieu le jour-même, soit postérieurement à la décision de l'OAI attaquée datée du 18 février 2025, de sorte qu'il ne devrait en principe pas en être tenu compte (cf. consid. 5a supra). Quoi qu'il en soit, il apparaît que le diagnostic de fibromyalgie formulé par le médecin susmentionné n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'expression « éventuellement compatible » suggérant qu'il ne s'agit que d'une hypothèse et non d'une conclusion formelle. Du reste, selon la

jurisprudence constante du Tribunal fédéral, ce qui importe pour juger du droit aux prestations dans le cadre de l'assurance- invalidité, ce n'est pas la dénomination diagnostique, mais uniquement les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références citées). Or, en l'occurrence, comme le relève le SMR dans son avis du 25 septembre 2025, les éléments décrits par le Dr Z. _____ en lien avec le diagnostic possible de fibromyalgie – à savoir des polyarthromyalgies – sont connus de longue date, les médecins traitants de la recourante ayant mentionné à plusieurs reprises que celle-ci souffrait de polyarthrose. Il en va de même des gonarthroses bilatérales et du déconditionnement musculaire. Toutes ces atteintes ont dûment été prises en compte par les experts du K. _____. D'ailleurs, le Dr Z. _____ ne se prononce pas sur la capacité de travail exigible de sa patiente et ne fait pas état de limitations fonctionnelles supplémentaires. Pour tous ces motifs, le rapport du 22 août 2025 du médecin précité ne permet pas d'invalider les conclusions du K. _____ et des médecins du SMR. 10J010

- 38 - f) En définitive, compte tenu de l'ensemble des éléments qui précèdent, il convient de retenir que la recourante, qui est certes totalement incapable de travailler dans son activité habituelle d'aide-cuisinière, conserve une capacité de travail de 100 %, avec une baisse de rendement de 30 % liée à sa dysthymie ainsi qu'à une perte de mobilité et un besoin de se reposer, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : activité répétitive, maîtrisée, sans prise de décision immédiate, principalement assise permettant de changer de position, sans déplacement autre que sur de courtes distances, sans accroupissement, sans activité à genou, sans échelle, ni échafaudage, sans marche sur un terrain inégal, sans activité au-dessus de la ceinture scapulaire, sans mouvement répété et en force de la main droite.

E. 7

La recourante n'élève aucun grief spécifique relatif au calcul de son degré d'invalidité. Toutefois, dans la mesure où une capacité de travail de 70 % aurait dû être retenue et qu'un abattement aurait dû être appliqué (cf. raisonnement ci-dessous), il convient de procéder à un nouveau calcul du degré d'invalidité. Tout d'abord, on relèvera que le statut de 100 % active retenu par l'intimé, en dépit de la réponse apportée par la recourante dans le formulaire de détermination du statut complété le 2 juin 2022 (à savoir qu'en bonne santé, elle travaillerait à 80 % en tant qu'ouvrière) est admissible. En effet, l'intéressée avait repris une activité de cuisinière à 100 % en juillet 2013 et, selon un formulaire rempli le 14 juillet 2014, elle travaillerait à 100 % en bonne santé, par nécessité financière, de sorte que l'OAI avait retenu un statut d'active à 100 % lors de la précédente procédure, ayant mené à l'arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 26 mars 2018. In casu, la recourante ne rend pas vraisemblable que ce statut aurait changé ensuite de cette procédure.

a) L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPG. A cette fin, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée 10J010

- 39 - de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPG et 28a al. 1 LAI).

aa) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à

son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). S'agissant de la détermination du revenu sans invalidité, si le revenu effectivement réalisé au sens de l'art. 26 al. 1 RAI est inférieur d'au moins 5 % aux valeurs médianes usuelles dans la branche selon l'ESS au sens de l'art. 25 al. 3 RAI le revenu sans invalidité correspond à 95 % de ces valeurs médianes (art. 26 al. 2 RAI dans sa teneur au 1er janvier 2022). Au sens de l'art. 26 al. 3 RAI, l'alinéa 2 n'est pas applicable lorsque le revenu avec invalidité visé à l'art. 26bis al. 1 RAI est également inférieur d'au moins 5 % aux valeurs médianes usuelles dans la branche selon l'ESS au sens de l'art. 25 al. 3 RAI (let. a), ou lorsque l'assuré exerçait une activité lucrative indépendante (let. b). bb) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement

- 40 - exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1). b) L'art. 25 RAI concrétise les art. 28a al. 1 LAI et 16 LPGA. D'après l'art. 25 al. 1 RAI, est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPGA le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance- vieillesse et survivants ; RS 831.10), à l'exclusion toutefois : des prestations accordées par l'employeur pour compenser des pertes de salaire par suite d'accident ou de maladie entraînant une incapacité de travail dûment prouvée (let. a) ; des indemnités de chômage, des allocations pour perte de gain au sens de la LAPG (loi fédérale du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain ; RS 834.1) et des indemnités journalières de l'assurance-invalidité (let. b). Selon l'art. 25 al. 2 RAI, les revenus déterminants au sens de l'art. 16 LPGA sont établis sur la base de la même période et au regard du marché du travail suisse. En vertu de l'art. 25 al. 3 RAI, si les revenus déterminants sont fixés sur la base de valeurs statistiques, les valeurs médianes de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique font foi. D'autres valeurs statistiques peuvent être utilisées, pour autant que le revenu en question ne soit pas représenté dans l'ESS. Les valeurs utilisées sont indépendantes de l'âge et tiennent compte du sexe. D'après l'art. 25 al. 4 RAI, les valeurs statistiques visées à l'al. 3 sont adaptées au temps de travail usuel au sein de l'entreprise selon la division économique ainsi qu'à l'évolution des salaires nominaux. Le moment déterminant pour établir les revenus avec et sans invalidité est celui de la naissance du droit éventuel à une rente d'invalidité (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 ; TF 9C_766/2023 du 13 février 2024 consid. 5.1). c) Selon l'art. 26bis al. 3 RAI – dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2022 au 31 décembre 2023 –, édicté sur la base de l'art. 28a al. 10J010

- 41 - 1 LAI, si du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 1bis RAI ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50 % ou moins, une déduction de 10 % pour le travail à temps partiel est opérée sur la valeur statistique. Le Tribunal fédéral a estimé que cette disposition réglementaire était contraire au système légal et que, lorsque le revenu avec invalidité est déterminé sur la base de données statistiques, il convient d'examiner également la pertinence d'un éventuel abattement dû à l'atteinte à la santé conformément à la jurisprudence en vigueur avant le 1er janvier 2022 (ATF 150 V 410 consid. 9 et 10). Il y a lieu, en ce sens, de tenir compte de facteurs liés à la personne assurée susceptibles de réduire ses perspectives salariales, tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Sur la base d'une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité, la jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au plus (ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75 consid. 5b/bb-cc), ce y compris l'éventuelle déduction de 10 % pour le travail à temps partiel (lettre circulaire AI n° 445 du 26 août 2024 de l'Office fédéral des assurances sociales). D'après la jurisprudence antérieure à la modification de l'art. 26bis al. 3 RAI, le point de savoir s'il se justifie de procéder à un abattement sur le salaire statistique en raison des limitations fonctionnelles dépend de la nature de celles-ci ; une réduction à ce titre n'entre en considération que si, dans un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (TF 8C_732/2019 du 19 octobre 2020 consid. 4.5 ; TF 8C_549/2019 du 26 novembre 2019 consid. 7.7 ; TF 8C_661/2018 du 28 octobre 2019 consid. 3.3.4.3). Aussi y a-t-il lieu de déterminer si les limitations fonctionnelles constituent un facteur qui obligerait l'assuré à mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail à des conditions économiques plus défavorables que la moyenne, soit entraînant un désavantage salarial (TF 8C_679/2020 du 1er juillet 2021 consid. 6.2.1 ; TF 8C_860/2018 du 6 septembre 2019 consid. 6.3.3). 10J010

- 42 - d) Selon l'art. 26bis al. 3 RAI en vigueur dès le 1er janvier 2024, édicté sur la base de l'art. 28a al. 1 LAI, une déduction de 10 % est opérée sur la valeur statistique visée à l'al. 2. Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49 al. 1bis RAI de 50 % ou moins, une déduction de 20 % est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible. D'après le chiffre II des dispositions transitoires relatives à la modification du RAI du 18 octobre 2023, pour les rentes en cours à l'entrée en vigueur de la modification du 18 octobre 2023 qui correspondent à un taux d'invalidité inférieur à 70 % et pour lesquelles le revenu avec invalidité a été déterminé sur la base de valeurs statistiques et n'a pas déjà fait l'objet d'une déduction de 20 %, une révision est engagée dans les trois ans qui suivent l'entrée en vigueur de la présente modification. Si la révision devait conduire à une diminution ou à une suppression de la rente, il y sera renoncé. Si elle devait conduire à une augmentation de la rente, celle-ci prendra effet à l'entrée en vigueur de la présente modification (al. 1). Lorsque l'octroi d'une rente ou d'un reclassement a été refusé avant l'entrée en vigueur de la modification du 18 octobre 2023 parce que le taux d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande n'est examinée que s'il est établi de façon plausible qu'un calcul du taux d'invalidité effectué en application de l'art. 26bis al. 3 RAI pourrait aboutir cette fois à la reconnaissance d'un droit à la rente ou au reclassement (al. 2). e) En l'occurrence, la recourante a déposé une demande de prestations le 29 décembre 2021 et subi une incapacité de travail durable dans son activité habituelle depuis 2014, de sorte que l'éventuel droit à la rente a pris naissance à compter du 1er juin 2022 (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Il convient donc de raisonner selon l'art. 26bis

al. 3 RAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2022 au 31 décembre 2023, et de s'en tenir, s'agissant du revenu avec invalidité, à la jurisprudence en vigueur avant le 1er janvier 2024 pour examiner la pertinence d'un éventuel abattement dû à l'atteinte à la santé ou aux circonstances du cas d'espèce. 10J010

- 43 - Les limitations fonctionnelles physiques de l'intéressée en lien avec ses difficultés de mobilité (déplacements et travail au-dessus de la ceinture scapulaire) et ses gonalgies sont, pour les unes, prises en compte dans le cadre de la baisse de rendement de 30 % admise et, pour les autres, n'empêcheront pas l'assuré de retrouver un emploi adapté (sédentaire à semi-sédentaire) dans le large éventail d'activités simples et répétitives ne nécessitant pas de formation dans les secteurs de la production et des services, de sorte qu'elles ne justifient pas un abattement (cf. notamment TF 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les nombreuses références citées). Les limitations fonctionnelles psychiques sont, quant à elles, également prises en compte dans le cadre d'une baisse de rendement par rapport à une activité à 100 % et ne sauraient à nouveau intervenir dans le cadre de l'abattement, sous peine de donner lieu à une double comptabilisation du même aspect. En revanche, conformément à la fiche de calcul du degré d'invalidité 2023 établie le 16 octobre 2024 par l'OAI, qui n'a à tort pas été reprise dans la décision du 18 février 2025, un abattement de 10 % se justifie en raison de l'âge et des limitations fonctionnelles physiques de la recourante restantes, à savoir les mouvements répétés et en force de la main droite. Par ailleurs, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, des activités simples et répétitives dans le secteur privé pour un niveau de qualification 1 selon l'ESS ne requièrent aucun niveau de connaissance linguistique, aucune formation, ni aucune expérience préalable, de sorte qu'un abattement ne se justifie pas pour ces motifs (TF 8C_112/2020 du 13 mai 2020 consid. 7.3 ; TF 8C_314/2019 du 10 septembre 2019 consid. 6.2 et les références citées). Vu la quantité d'activités simples et répétitives existant sur le marché de l'emploi, force est de constater que nombre d'entre elles sont accessibles à la recourante, qui ne peut donc être suivie lorsqu'elle affirme que les activités adaptées retenues par l'intimé ne sont pas compatibles avec son état de santé, ni représentatives de ses capacités réelles. f) Le salaire de référence pour des femmes exerçant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et 10J010

- 44 - services) était, en 2022, de 4'367 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2022, tableau TA1_skill-level, niveau de compétence 1), soit 54'631 fr. 17 par an compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises de 41,7 heures (cf. tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique », établi par l'OFS). On aboutit ainsi à un revenu d'invalidé de 34'417 fr. 65 pour une activité exercée à 70 % avec un abattement de 10 %. g) S'agissant du revenu sans invalidité, l'on peut, conformément au raisonnement effectué par l'OAI, se fonder sur le revenu réalisé dans la dernière activité lucrative exercée, qui s'élevait à 48'000 fr. en 2014 (cf. questionnaire rempli par l'employeur le 26 juillet 2014), les conditions de l'art. 26 al. 2 RAI dans sa teneur en vigueur au 1er janvier 2022 n'étant pas remplies (cf. consid. 7a bb supra). Indexé à 2022 (+ 0.5 %, + 0.8 %, + 0.4 %, + 0.5 %, + 1 %, + 0.9 %, + 0.6 % + 0.8 %), il doit être fixé à 50'703 fr. 15. h) La comparaison d'un revenu sans invalidité de 50'703 fr. 15 avec un revenu d'invalidé de 34'417 fr. 65 aboutit à un degré d'invalidité de 32,12 %, arrondi à 32 %, qui n'ouvre pas le droit à la rente. Partant, le résultat auquel est parvenu l'intimé dans sa décision du 18 février 2025, à savoir un refus de rente d'invalidité, doit être confirmé.

Les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer, sans qu'il apparaisse nécessaire de mettre en œuvre une expertise médicale. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête de la recourante en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

E. 9

a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée. 10J010

- 45 - 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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

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