

VD_GERICHTE ZD25.021523 vom 26. Mai 2026

VD Tribunal cantonal, 2026-05-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD25.021523

FR: VD_GERICHTE ZD25.021523 du 26 mai 2026

IT: VD_GERICHTE ZD25.021523 del 26 maggio 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 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 10J010

- 12 - 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) 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 1er 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, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement 10J010

- 13 - 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 cette disposition, qui prévoit que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à

savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b). d) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

E. 5

a) 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 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). b) 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 10J010

- 14 - 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). c) 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 10J010

- 15 - de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

E. 6

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. 7

a) En l'espèce, l'OAI est entré en matière sur la deuxième demande de prestations déposée le 23 novembre 2022 par la recourante, considérant qu'elle avait rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision de l'intimé du 17 février 2022. Il s'agit donc, pour la Cour de céans, d'examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGa (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2022), si entre la décision de refus de rente du 17 février 2022 – qui reposait 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. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). aa) Dans le cadre de la procédure ayant abouti à la décision du 17 février 2022, il ressort du rapport d'expertise du 28 septembre 2021 que les experts retenaient, sur le plan somatique, les diagnostics de lombo-fessalgies bilatérales avec occasionnelles sciatalgies non radiculaires bilatérales et de fibromyalgie, ainsi que, sur le plan psychique, les diagnostics d'épisode dépressif léger à moyen évoluant vers une dysthymie (CIM-10 F34.1) et de syndrome somatoforme douloureux persistant (CIM-10 F45.4). Les experts avaient relevé que, sur le plan somatique, l'examen clinique était rassurant, ne mettant en évidence ni souffrance radiculaire, ni 10J010

- 16 - déficit musculaire, ni trouble sensitif, seule une légère diminution de la mobilité rachidienne étant constatée, possiblement en lien avec des phénomènes d'autolimitation. En outre, la symptomatologie présentée par l'assurée répondait en principe à une prise en charge intensive, comprenant notamment de la physiothérapie et des infiltrations ciblées, toutefois, chez l'intéressée, l'évolution était défavorable avec une persistance des douleurs, s'inscrivant ainsi dans un tableau de syndrome douloureux chronique, respectivement de fibromyalgie. Sur le plan psychiatrique, l'expert mettait en évidence des discordances significatives entre les plaintes subjectives de l'assurée et les constatations objectives, l'intéressée décrivant un tableau globalement très péjoratif, répondant positivement à la quasi-totalité des items de gravité. Il était constaté une thymie négative non durablement installée, associée à des troubles du sommeil (apparaissant toutefois en lien avec les douleurs), ainsi qu'à une perte de l'élan vital, de la motivation et à une fatigue importante. En revanche, aucun ralentissement psychomoteur ni trouble cognitif objectivable n'était mis

en évidence ; l'assurée ne présentait pas de fatigabilité accrue ni de culpabilité pathologique, bien qu'elle rapportait une perte d'intérêt et une réduction du plaisir. Compte tenu des discordances relevées, la symptomatologie dysphorique était qualifiée d'intensité légère à moyenne, avec une tendance à la chronicisation, générant un inconfort et des ruminations, sans toutefois empêcher un fonctionnement au quotidien. Enfin, il était relevé la présence de douleurs chroniques diffuses, dont l'intensité ne s'expliquait pas entièrement par les lésions organiques objectivées, les premières manifestations remontant à 2015. Dans ce contexte, et au vu de l'association entre les douleurs persistantes, la détresse psychique et les facteurs psychosociaux, les critères diagnostiques d'un syndrome somatoforme douloureux persistant étaient considérés comme remplis. Les experts estimaient toutefois que ces atteintes n'entraînaient aucune limitation fonctionnelle significative ni incapacité de travail, l'assurée disposant d'une capacité de travail entière dans toute activité depuis toujours. bb) Dans le cadre de la nouvelle demande du 23 novembre 2022 de la recourante, l'intimé a reçu plusieurs rapports médicaux, lesquels 10J010

- 17 - font état d'une aggravation de l'état de santé. Sur le plan somatique, il est relevé une péjoration des douleurs rachidiennes et articulaires dans un contexte de troubles dégénératifs importants (cf. rapport du 18 janvier 2023). En outre, les examens d'imagerie révélaient certains éléments compatibles avec une atteinte rhumatologique inflammatoire de type spondylarthropathie, sans toutefois permettre d'en confirmer formellement le diagnostic (cf. rapport du 9 avril 2024). Cela étant, il ressort des pièces médicales que la dégradation de l'état de santé demeurait principalement marquée sur le plan psychique, la symptomatologie somatique s'inscrivant, pour sa part, dans un contexte chronique préexistant. En effet, les documents versés au dossier mettaient en évidence une évolution défavorable de l'état de santé psychique de l'assurée, caractérisée par une intensification de la symptomatologie dépressive, avec une tentative de suicide par pendaison sans réel passage à l'acte en 2022 (cf. rapport du 21 novembre 2022). Il était notamment relevé la présence d'un épisode dépressif d'intensité au moins moyenne, évoluant dans un contexte de douleurs chroniques de longue date (cf. rapports des 18 janvier et 22 février 2023). L'évolution ultérieure avait montré une aggravation vers un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, associé à une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques ainsi qu'à un trouble de l'adaptation, en particulier à la suite du décès brutal du fils de l'assurée en septembre 2023 (cf. rapport du 17 octobre 2023). Le tableau clinique se caractérisait par une tristesse persistante, une aboulie, une anhédonie, des troubles du sommeil, une diminution de l'appétit, ainsi que des idées de mort (cf. rapport du 12 août 2024). Les psychiatres traitants s'accordaient ainsi à attester une incapacité de travail totale dans toute activité. b) Dans ce contexte, l'OAI a décidé de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire auprès de BK. _____ Sàrl avec des volets en rhumatologie et en psychiatrie (cf. avis médical du SMR du 10 septembre 2024). Selon le rapport d'expertise du 17 janvier 2025, il ressort que la recourante souffrait, sur le plan somatique, d'une lombalgie mécanique sur trouble dégénératif banal résolue et d'un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie, et, sur le plan psychique, d'une dysthymie (CIM-10 10J010

- 18 - F34.1). Les experts ont conclu, de façon consensuelle, que la capacité de travail de l'assurée était entière dans son activité habituelle jusqu'en septembre 2023, à l'exception de quelques jours en lien avec un épisode suicidaire. Elle a ensuite présenté une incapacité totale de travail de la mi- septembre à la fin décembre 2023. Depuis janvier 2024, sa

capacité de travail était à nouveau entière dans toute activité. aa) En l'état du dossier, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise de BK. _____ Sàrl. En effet, il sied de constater que les experts ont rendu leur rapport sur la base d'une anamnèse détaillée et complète, en tenant compte de l'ensemble de la documentation médicale au dossier, des plaintes exprimées par la recourante ainsi que de ses antécédents. Chacun des experts a personnellement rencontré la recourante et procédé à un examen clinique détaillé. Leurs conclusions, prises sur la base d'une description claire du contexte médical, sont dûment motivées et exemptes de contradiction. Ils ont discuté en détails les diagnostics retenus et leurs effets sur la capacité de travail de la recourante, d'abord dans leur discipline respective, puis dans le cadre d'une évaluation consensuelle. Ils ont par ailleurs expliqué les raisons pour lesquelles ils n'ont pas retenu certains diagnostics susceptibles d'entrer en considération. bb) Sur le plan rhumatologique, le Dr BJ. _____ a posé les diagnostics de lombalgie mécanique sur trouble dégénératif banal résolue et de syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie. L'expert a relevé que les plaintes de l'assurée étaient inchangées depuis 2016. L'examen rhumatologique était normal, en dehors d'un léger déconditionnement focal sans véritable syndrome lombo-vertébral et une légère sensibilité des articulaires postérieures L4-L5. Les critères pour retenir le diagnostic de fibromyalgie étaient remplis, les plaintes de l'assurée étant par ailleurs cohérentes dans ce cadre-là. Il a en outre relevé l'absence d'éléments en faveur d'un rhumatisme inflammatoire selon les critères EULAR 2017, excluant notamment une spondylarthrite ankylosante axiale, périphérique ou enthésitique. En définitive, l'expert a conclu à l'absence d'atteinte rhumatologique incapacitante, en retenant une capacité de travail entière dans toute activité depuis toujours, sans 10J010

- 19 - modification par rapport à la précédente expertise de 2021, sous réserve de limitations fonctionnelles préventives consistant à éviter le port de charges supérieures à 10 kg de manière répétée ainsi que les contraintes excessives sur le rachis en flexion, extension et en porte-à-faux. A cet égard, la valeur probante de l'appréciation du Dr BJ. _____ ne saurait être remise en cause par les rapports des 3 mars 2025 de la Dre P. _____ et 14 mars 2025 du Dr BM. _____. En effet, comme l'a expliqué le SMR dans un avis du 3 avril 2025, la Dre P. _____ n'apporte aucun élément nouveau qui aurait été ignoré par l'expert rhumatologue. Les éléments qu'elle décrit, tant s'agissant de l'aggravation des douleurs que des diagnostics retenus, correspondent en réalité à une situation déjà documentée de manière identique dans ses rapports antérieurs, notamment celui d'avril 2024. Concernant l'éventuel diagnostic de spondylarthropathie évoqué par celle-ci, elle n'étaye nullement son appréciation, se bornant à évoquer une simple hypothèse qui pourrait être envisagée, ce qui ne saurait suffire à remettre en doute les conclusions retenues. Au demeurant, l'expert s'est expressément prononcé sur ce point et a indiqué qu'aucun élément ne plaiderait en faveur d'une telle atteinte. De plus, la Dre P. _____ ne se détermine pas de manière circonstanciée sur la capacité de travail de la recourante, se limitant à affirmer que l'assurée est incapable de travailler dans toute activité, sans démontrer en quoi le tableau clinique aurait objectivement un impact significatif sur la capacité d'exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. Il en va de même du rapport du 14 mars 2025 du Dr BM. _____ qui ne se prononce pas expressément sur la capacité de travail de la recourante, indiquant seulement qu'une recherche d'emploi durable apparaissait compromise en raison du caractère extrêmement invalidant des atteintes sacro-iliaques. Par ailleurs, il ne fait état d'aucun élément qui n'aurait pas été pris en compte dans l'expertise, les gestes antalgiques réalisés postérieurement s'inscrivant dans la continuité de la prise en

charge des douleurs sacro-iliaques, sans qu'ils ne permettent de retenir, à eux seuls, une quelconque aggravation de l'état clinique. 10J010

- 20 - cc) Sur le plan psychiatrique, le Dr AA. _____ a mis en évidence le diagnostic – sans incidence sur la capacité de travail – de dysthymie (CIM-10 F34.1), ainsi qu'un antécédent d'épisode dépressif survenu à la suite du décès du fils cadet de l'assurée en septembre 2023. Cet épisode, d'intensité moyenne à sévère, a nécessité une majoration du traitement antidépresseur, mais a évolué favorablement pour entrer en rémission dès le début de l'année 2024. L'examen clinique actuel ne retrouvait plus les critères diagnostiques d'un épisode dépressif, l'humeur étant globalement euthymique, souple et modulée par le contexte, avec seulement des moments de tristesse brefs et circonstanciés. L'assurée décrivait par ailleurs une amélioration de son moral, une bonne qualité de sommeil, une diminution des pleurs, une reprise des interactions sociales avec ses enfants et petits-enfants, ainsi que des activités telles que la gestion des tâches ménagères avec son mari et des voyages prolongés à l'étranger. L'expert a souligné en outre l'absence de ralentissement psychomoteur, d'agitation, de troubles cognitifs ou de signes somatiques d'anxiété. Le projet suicidaire rapporté par l'assurée, qui n'avait pas abouti grâce à l'intervention du mari, était mis en lien avec la prise d'amitriptyline, les idées suicidaires s'étant estompées dès l'arrêt de ce médicament, de sorte qu'il ne constituait pas le signe d'une aggravation dépressive. Il était retrouvé une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité n'était toutefois pas suffisante pour justifier le diagnostic d'épisode dépressif moyen ou léger. A cet égard, l'expert psychiatre a – conformément aux exigences jurisprudentielles en matière de troubles psychosomatiques et psychiques (cf. supra consid. 6) – posé les diagnostics selon les règles de l'art. Il a également procédé à une analyse complète des indicateurs de l'ATF 141 V 281. Dans ce cadre, il s'est notamment prononcé sur le degré de gravité des troubles (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1), en exposant que le diagnostic précité était non incapacitant, ce qui constitue un indice fort allant dans le sens d'une atteinte de faible gravité (cf. TF 9C_154/2016 du 19 octobre 2016 consid. 4.1). S'agissant du critère du traitement et de la réadaptation (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2), il a relevé que le traitement antidépresseur était maintenu sans modification depuis plus 10J010

- 21 - d'une année. Les doses de somnifères avaient été diminuées et le suivi psychiatrique était espacé. Aucun traitement médical n'était donc en mesure d'améliorer la capacité de travail, dès lors qu'il n'y avait pas de trouble limitant. Il a ajouté qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place des mesures de réadaptation. Au regard de la Mini CIF-APP, les principales limitations constatées concernaient la capacité d'endurance, l'aptitude à établir des relations avec les autres et à évoluer au sein d'un groupe et l'aptitude à des activités spontanées, lesquelles pouvaient légèrement être altérées. Il n'existait en revanche aucune restriction quant à l'adaptation aux règles et routines, à la planification et la structuration des tâches, à la flexibilité et l'adaptabilité, à la capacité d'affirmation de soi et à la capacité à porter des jugements et à prendre des décisions (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). L'expert psychiatre a de surcroît fait état de l'existence de ressources mobilisables, la recourante pouvant compter sur le soutien de son mari, de ses enfants et de sa sœur (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.3). Du point de vue de la cohérence, les plaintes de l'assurée et le descriptif d'une journée type contrastaient avec les données de l'examen clinique, lesquelles ne retrouvaient ni ralentissement psychomoteur, ni agitation psychomotrice, ni trouble de la concentration, de l'attention ou de la mémoire, ni fatigue ou fatigabilité (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4.1).

Enfin, l'expert a encore relevé un manque de compliance vis-à-vis de certains traitements médicamenteux, les analyses montrant des taux d'antidépresseurs inférieurs aux posologies prescrites (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4.2). L'expert psychiatre a conclu que l'assurée présentait une incapacité de travail totale limitée dans le temps, de mi-septembre à fin décembre 2023, en lien avec un épisode dépressif réactionnel au deuil. En dehors de cette période, et depuis janvier 2024, la capacité de travail se montait à 100 % dans toute activité. Les rapports des 20 février 2025 de la Dre O. _____ et 11 août 2025 des Drs BG. _____ et E. _____, lesquels concluent à la présence d'un trouble thymique lourd et invalidant avec une aggravation importante depuis septembre 2023, ne sont pas susceptibles de remettre en cause les conclusions de l'expertise psychiatrique. En effet, ces rapports reprennent pour l'essentiel une appréciation similaire à celle déjà exprimée dans un 10J010

- 22 - rapport du 12 août 2024, sans apporter d'éléments médicaux objectivement nouveaux susceptibles de modifier l'analyse déjà effectuée. A cet égard, l'expert psychiatrique a précisément mis en évidence que la période d'aggravation survenue en septembre 2023 s'inscrivait dans le cadre d'un épisode dépressif en lien avec le décès du fils de l'assurée, lequel avait évolué favorablement sous traitement pour aboutir à une rémission dès le début de l'année 2024, laissant place à un fonctionnement dysthymique chronique sans incidence sur la capacité de travail. Outre que ces rapports ne comportent aucun élément médical nouveau dont l'expert psychiatre n'avait pas déjà connaissance, les médecins n'y expliquent pas clairement en quoi les troubles retenus sont susceptibles d'influer négativement sur la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle comme dans une activité adaptée. Les conclusions des psychiatres traitants quant aux diagnostics et à la capacité de travail de l'assurée constituent en définitive une appréciation divergente d'un même état de fait. c) La recourante a également critiqué le déroulement de l'expertise, considérant qu'elle s'est tenue sur une période relativement courte puisque les entretiens ont duré 1 heure et 30 minutes (pour le volet psychiatrique), respectivement 1 heure et 10 minutes (pour le volet rhumatologique), ne permettant pas d'obtenir une évaluation probante de la capacité de travail. C'est le lieu de rappeler que la durée de l'examen clinique, tout comme celle de l'entretien de manière générale, ne saurait, à elle seule, être déterminante. De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère qu'une prétendue courte durée de l'entretien entre la personne assurée et le médecin ne permet pas de dénier toute force probante à une expertise psychiatrique (TF 8C_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 7.1.2). A cela s'ajoute que la durée de l'examen – qui n'est pas en soi un critère de la valeur probante d'un rapport médical –, ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé de l'assuré dans un délai relativement bref (TF 9C_660/2021 du 30 novembre 2022 consid. 5.3.4 et les références citées). A cet égard, il est établi que les experts avaient connaissance du cas de l'assurée au travers de son dossier médical et assécurologique avant de l'examiner, celle-ci ne relevant au demeurant 10J010

- 23 - aucun élément que les experts auraient omis de prendre en considération. Ainsi, 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. d) Compte tenu de l'ensemble des éléments qui précèdent, il sied de retenir que c'est à juste titre que l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise établi par BK. _____ Sàrl pour retenir que

la recourante disposait, hormis durant la période de septembre à décembre 2023, d'une capacité de travail de 100 % dans toute activité.

E. 8

Sur le vu de ce qui précède, force est de constater qu'il n'existe aucune aggravation de l'état de santé de la recourante de nature à influencer négativement sa capacité de travail. Si l'expert BJ. _____ décrit de nouvelles limitations fonctionnelles sur le plan somatique dont il convient de tenir compte à titre préventif, elles n'ont toutefois aucune répercussion sur sa capacité de travail, laquelle est entière dans toute activité. La situation de la recourante sur le plan médical s'avère en fin de compte superposable à celle qui avait cours le 17 février 2022, excluant ainsi le droit aux prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI).

E. 9

L'instruction apparaît suffisante, les éléments au dossier permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a pas lieu d'ordonner de mesures d'instruction complémentaires, telles que l'audition en qualité de témoins des médecins traitants de la recourante et la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire neutre. Celles-ci n'apparaissent pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peuvent dès lors être écartées 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. 10

En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.
10J010

- 24 -

E. 11

a) 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 partie recourante, vu le sort de ses conclusions. b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie 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.