

# VD\_GERICHTE ZD25.021771 vom 13. April 2026

VD Tribunal cantonal, 2026-04-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD25.021771](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD25.021771)

FR: VD\_GERICHTE ZD25.021771 du 13 avril 2026

IT: VD\_GERICHTE ZD25.021771 del 13 aprile 2026

## Erwägungen

### E. 1

a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile 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 LPGA notamment), le recours est recevable.

### E. 2

En premier lieu, il s'agit de déterminer l'objet du litige. a) En effet, par la décision attaquée, rendue à la suite de la demande déposée par la recourante le 23 février 2024, l'intimé a examiné si un changement des circonstances déterminantes s'était produit depuis le

### E. 6

octobre 2023, date à laquelle il aurait selon lui définitivement écarté la première demande de révision que la recourante avait présentée le 8 février 2022. 10J010

- 20 - La recourante conteste cette approche. Elle estime que sa demande de révision du 8 février 2022 n'a pas fait l'objet d'une décision formelle au sens de l'art. 49 LPGA, la « prise de position » de l'intimé du 6 octobre 2023, qui lui avait été communiquée personnellement, ne pouvant pas être considérée comme une décision au sens de la disposition précitée. Dans ce contexte, selon la recourante, son recours porterait en réalité sur la demande de révision initiée le 8 février 2022, et il conviendrait d'examiner si un changement important des circonstances s'était présenté, non pas depuis le 6 octobre 2023, mais depuis le 27 août 2014, date à laquelle l'intimé avait rendu la décision reconnaissant son droit à une demi-rente à compter du 1er février 2013. b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 1er janvier 2022), 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). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. 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. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé

n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait 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 – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Lorsque la comparaison des états de fait déterminants dans le temps met en évidence une modification des circonstances pertinentes, le 10J010

- 21 - droit à la rente doit être examiné à nouveau sous tous ses aspects factuels et juridiques, sans que des évaluations antérieures revêtent un caractère obligatoire. Il n'est pas nécessaire que ce soit l'élément de fait qui s'est modifié qui conduise à fixer différemment le droit à la rente ; selon la jurisprudence, il suffit qu'à la suite de la modification d'une circonstance, un autre élément déterminant résultant de l'examen complet du droit à la prestation entraîne une augmentation, une diminution ou une suppression de la rente (ATF 141 V 9 consid. 2.3). Par exemple, en présence d'un changement de l'état de santé de la personne assurée, une modification (hypothétique) de la répartition du champ des activités lucrative et habituelle conduisant à un autre degré d'invalidité est prise en considération pour évaluer le droit aux prestations. En dépit de cette formulation large du motif de révision, celle-ci ne saurait être effectuée à l'occasion de n'importe quel changement factuel chez la personne assurée ; il faut que la modification soit telle qu'elle serait susceptible de se répercuter sur le droit aux prestations en cours dans la mesure prévue par l'art. 17 al. 1 LPGA (TF 9C\_378/2014 du 21 octobre 2014 consid. 4.2). À défaut, la révision pourrait être envisagée sans condition et la rente modifiée à n'importe quel moment, ce qui ne correspond pas à l'institution de la révision telle que prévue à l'art. 17 LPGA (sur le tout : Moser- Szeless/Castella, Commentaire romand, LPGA, 2e éd., 2025, n° 27 ad art. 17 LPGA). Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'augmentation de la rente prend effet, si la révision a été demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (art. 88bis al. 1 let. a RAI). c) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressée n'est pas d'accord. Selon le 10J010

- 22 - même article, les décisions indiquent les voies de droit ; elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties ; la notification irrégulière ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé. L'art. 74 RAI prévoit quant à lui que, l'instruction de la demande achevée, l'office AI se prononce sur la demande de prestations (al. 1). La motivation tient compte des observations qui ont été faites par les parties sur le préavis, pour autant qu'elles portent sur des points déterminants (al. 2). Selon l'art. 74ter let. f RAI, si les conditions permettant l'octroi d'une prestation sont manifestement remplies et qu'elles correspondent à la demande de l'assuré, les prestations suivantes peuvent être accordées ou prolongées sans notification d'un préavis ou d'une décision : les rentes et les allocations pour impotent à la suite d'une révision effectuée d'office, pour autant qu'aucune modification de la situation propre à influencer le droit aux prestations n'ait été constatée. L'office AI communique par écrit à l'assuré les prononcés rendus selon l'art. 74ter et lui signale qu'il peut, s'il conteste le prononcé, exiger la notification d'une décision (art.

74quater al. 1 RAI). d) En l'espèce, la recourante doit être suivie dans son raisonnement. aa) Il est en effet constant que, le 8 février 2022, la recourante avait sollicité une révision de la demi-rente d'invalidité dont elle bénéficiait depuis le 1er février 2013, en vertu de la décision rendue par l'intimé le 27 août 2014. La recourante s'était alors prévalu de nouvelles atteintes, en particulier d'ordre rhumatologique et orthopédique (« colonne lombaire, genou et bras »), en sus de celles déjà reconnues en 2014 sur le plan pneumologique et neuropsychologique (hyperréactivité bronchique et troubles neuropsychologiques [nette diminution des performances : attention, mémoire, fonctions exécutives] ; cf. rapport SMR du 1er mai 2014). Elle a expliqué à cet égard s'être trouvée en incapacité de travail totale depuis le 11 mars 2021. 10J010

- 23 - bb) Après instruction, soit en particulier à la suite de l'expertise effectuée le 13 juin 2023 par le N. \_\_\_\_\_ ainsi que de l'avis médical du SMR du 15 juin 2023, l'intimé a adressé à la recourante, le 22 juin 2023, une communication par laquelle il l'a informée ne pas avoir constaté de changement propre à influencer son droit à la rente, de sorte qu'elle continuerait de bénéficier d'une demi-rente. Il y était en outre précisé qu'en cas de désaccord, il était loisible à la recourante de demander une décision. Par courrier du 13 juillet 2023, la recourante, agissant alors personnellement, a demandé à l'intimé une décision comprenant « l'argumentation y relative », indiquant ne pas comprendre comment il avait été décidé que son degré d'invalidité n'avait pas été modifié, compte tenu de « l'évolution de [s]es différents symptômes ». À cette suite, par courrier du 19 juillet 2023, l'intimé a indiqué à la recourante que, dans la procédure de contestation, il lui appartenait de lui fournir tous les éléments, en particulier des rapports détaillés, susceptibles de lui permettre de revoir la position qu'il avait exprimée dans sa communication du 22 juin 2023 ; à réception de ces éléments, le dossier serait une nouvelle fois examiné et une décision lui serait notifiée. Dans son avis du 6 octobre 2023, le SMR a procédé à l'examen des rapports médicaux produits par la recourante ensuite de l'avis du 19 juillet 2023. Il en a déduit que ces documents n'étaient pas de nature à modifier ses précédentes conclusions formulées le 15 juin 2023, lesquelles restaient d'actualité. Le même 6 octobre 2023, l'intimé, se fondant sur cet avis médical, a adressé à la recourante une « prise de position », par laquelle il a estimé que la situation était comparable à celle évaluée par les experts en juin 2023. cc) Comme le soutient la recourante, la « prise de position » de l'intimé ne saurait être assimilée à une décision au sens de l'art. 49 LPGA, ne serait-ce qu'en raison de son intitulé, mais surtout à défaut pour cette communication de comporter une indication des voies de recours (cf. art. 49 al. 3 LPGA). Cette indication apparaissait d'autant plus utile et nécessaire en l'espèce, dès lors que, le 13 juillet 2023, la recourante, agissant alors

- 24 - sans l'assistance d'un mandataire professionnel, avait sollicité une décision sujette à recours, s'étant à cet égard spécifiquement enquis de la manière de procéder pour contester utilement la position exprimée par l'intimé. A cela s'ajoute que l'on ne se trouvait pas dans le cadre d'une révision d'office, lors de laquelle il aurait été constaté que les conditions d'octroi d'une prestation étaient manifestement remplies et correspondaient à la demande de l'assurée, de sorte que l'OAI ne pouvait légitimement pas prolonger le droit à la rente de l'assurée sans notification d'une décision au sens de l'art. 74ter let. f RAI. Il apparaît de surcroît que l'intimé a lui-même entretenu une certaine confusion quant au point de savoir si la demande de révision du 8 février 2022 avait valablement fait l'objet d'une décision entrée en force. Ainsi, alors que, le 4 octobre 2024, l'assureur privé BM. \_\_\_\_\_ avait demandé à l'intimé de lui indiquer « où en était la procédure d'opposition de l'assurée du 13

juillet 2023 », il lui avait répondu, le 15 octobre 2024, que « la contestation [était] toujours en cours d'instruction ». dd) Cela posé, il faut en déduire qu'à défaut pour la demande de révision du 8 février 2022 d'avoir fait l'objet d'une décision entrée en force, l'objet du litige se rapporte en l'espèce au point de savoir si l'intimé était en droit de nier, à la date de la décision attaquée – soit le 26 mars 2025 –, une péjoration de l'état de santé de la recourante depuis la dernière décision entrée en force, à savoir en l'occurrence depuis celle du 27 août 2014, par laquelle le droit à une demi-rente d'invalidité a été reconnu à la recourante (degré d'invalidité : 50 %). 3. Dans un grief de nature formelle qu'il convient de traiter en premier lieu, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendue, au motif que l'intimé n'a, dans sa décision litigieuse, répondu qu'au seul grief médical au sujet de sa capacité de travail et de ses limitations fonctionnelles, sans se pencher sur les autres griefs invoqués dans ses objections du 18 novembre 2024 (procédure de révision de 2022 et non de 2024, aggravation dès le mois de mars 2021 et absence de 10J010

- 25 - capacité de travail dans l'activité habituelle comme dans toute autre activité, application de la jurisprudence pour les assurés proches de l'âge de la retraite, absence de calcul du préjudice, avec abattement). a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 150 III 1 consid. 4.5 ; 149 V 156 consid. 6.1 ; 147 IV 249 consid. 2.4 ; 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2). Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 144 I

## **E. 11**

consid. 5.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.2). 10J010

- 26 - Selon la jurisprudence, une violation du droit d'être entendu est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours pouvant contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée, à condition toutefois que l'atteinte aux droits procéduraux de la partie lésée ne soit pas particulièrement grave, de sorte qu'il n'en résulte aucun préjudice pour le

justiciable (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 133 I 201 consid. 2.2 ; TF 8C\_414/2015 du 29 mars 2016 consid. 2.3). b) En l'occurrence, s'il est vrai que la décision rendue le 26 mars 2025 ne se positionne pas sur l'ensemble des griefs présentés par l'assurée dans le cadre de la procédure de contestation administrative, force est toutefois de constater que le raisonnement opéré par l'intimé ayant mené à la décision contestée est compréhensible. La recourante, par son conseil, a, d'ailleurs, été en mesure de faire valoir l'ensemble de ses moyens par-devant l'autorité de céans, de sorte que rien ne laisse à penser qu'elle n'aurait pas compris les enjeux de l'affaire ou n'aurait pas été en mesure de recourir valablement à l'encontre de la décision attaquée. Quoiqu'il en soit, la recourante a pu faire valoir ses moyens et relever les points qu'elle entendait contester dans le cadre d'un double échange d'écritures devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui dispose d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). On ne distingue dès lors pas de violation du droit d'être entendu, étant mentionné qu'une hypothétique violation devrait, dans ces circonstances, être considérée comme réparée. 4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute

- 27 - 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 %. L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. 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 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 LPGA et 28a al. 1 LAI). 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 10J010

- 28 - 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). 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). 5. a) Par les griefs qu'elle développe dans son mémoire de recours, la recourante fait en particulier valoir que les éléments au dossier attestent une aggravation de son état de santé depuis 2021 et que l'expertise du N. \_\_\_\_\_ rendue le 13 juin 2023, concluant à une capacité de travail de 50 % tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, ne peut être considérée comme probante. b) aa) Il est rappelé en premier lieu qu'en 2014, le droit à une demi-rente a été reconnu à la recourante en lien avec les diagnostics d'hyperréactivité bronchique et de troubles neurologiques (nette diminution des performances : attention, mémoire, fonctions exécutives ; cf. avis SMR 10J010

- 29 - du 1er mai 2024), qui eux-mêmes résultaient d'une encéphalopathie toxique sur exposition chronique aux solvants organiques (dichlorométhane) utilisés dans le cadre de son activité professionnelle de soudeuse dans le montage de [...], qu'elle avait exercée durant 29 ans, soit entre 1983 et 2012, auprès de C. \_\_\_\_\_ SA. La recourante, sans formation professionnelle certifiée, conservait néanmoins une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, lesquelles avaient alors été définies de la manière suivante : « Respiratoire : L'aération adéquate du poste de travail est impérative, activité ne demandant pas d'efforts physiques importants. Neuropsychologie : travail simple, prédictible » (cf. décision du 27 août 2014). bb) On notera que, par la suite, la recourante a continué à travailler à 50 % pour le compte de C. \_\_\_\_\_ SA, ayant alors été affectée, non plus à des travaux de soudage, mais à « divers travaux d'assemblage » (cf. rapport employeur du 1er mars 2022). Elle a été licenciée en mars 2021 (cf. expertise du N. \_\_\_\_\_, pp. 9, 11 et 36). c) Comme déjà relevé, une expertise pluridisciplinaire (médecine interne générale, neuropsychologie, pneumologie, psychiatrie et rhumatologie) a été mise en œuvre auprès du N. \_\_\_\_\_ à la suite de la demande de révision formulée par la recourante le 8 février 2022, étant rappelé que cette dernière expliquait se trouver en incapacité de travail totale depuis mars 2021 en lien avec de nouvelles atteintes, en particulier sur le plan rhumatologique et psychiatrique. aa) A ce sujet, la recourante s'est, à raison, montrée critique par rapport au volet neuropsychologique de l'expertise. Sur ce plan

en effet, Mme T. \_\_\_\_\_ n'a rapporté aucun diagnostic, la capacité de travail de l'expertisée restant entière sous l'angle de cette spécialité, pour le motif que l'examen réalisé par celle-ci s'était révélé invalide et non plausible. L'experte avait ainsi retrouvé au testing psychométrique un tableau marqué par des résultats non crédibles et a évoqué des discordances qui ne 10J010

- 30 - pouvaient pas s'expliquer par une atteinte à la santé. L'expertisée avait en particulier effectué vingt erreurs à un test très simple (CTT2), alors qu'elle se souvenait correctement de la consigne. Lors d'une épreuve d'apprentissage des mots, leur reconnaissance était inférieure à leur rappel libre, ce qui ne pouvait pas s'expliquer sur le plan neuropsychologique. Parmi les types de mesures de validation, il existait des indicateurs de validité dans les testings psychométriques classiques. Or l'intéressée avait présenté à diverses reprises des résultats nettement au-dessous des valeurs proposées dans la littérature scientifique. Par ailleurs, au test de validation des performances, les scores étaient extrêmement faibles, y compris à des tâches très simples et peu sensibles. Les conclusions de Mme T. \_\_\_\_\_ n'apparaissent pas convaincantes sachant que la recourante souffrait effectivement d'une « encéphalopathie toxique sur exposition chronique aux solvants organiques » – diagnostic reconnu par l'expert pneumologue – et qu'il avait été révélé lors d'un examen réalisé au CHUV en juillet 2013 que l'assurée souffrait d'un « déficit de mémoire à court terme, de travail et épisodique verbale, d'un dysfonctionnement exécutif et d'une fatigabilité importante ». L'absence de diagnostic incapacitant sur le plan neuropsychologique apparaît d'autant plus douteuse qu'en 2014, c'étaient précisément ces troubles neuropsychologiques, tenus alors pour irréversibles par le SMR ainsi que par la Z. \_\_\_\_\_, compte tenu des éléments au dossier, qui avaient motivé – avec l'atteinte bronchique – la reconnaissance d'une capacité de travail limitée à 50 % (cf. avis SMR du 1er mai 2014). Partant, en tant que l'experte neuropsychologue a tenu le test effectué pour non probant, car invalide, il lui aurait appartenu de réitérer ce test et de tenter ainsi d'obtenir un résultat exploitable. L'experte ne pouvait en tout cas pas déduire du caractère inexploitable du premier test effectué qu'il n'existait pas (ou plus) d'atteinte à la santé neuropsychologique ni incapacité alors qu'une telle atteinte avait été établie, car documentée, depuis 2013. 10J010

- 31 - Il est par ailleurs observé qu'à l'inverse de l'experte neuropsychologue, les experts pneumologue et psychiatre du N. \_\_\_\_\_ n'avaient pas fait état d'incohérences cliniques dans le comportement de la recourante. L'expert psychiatre avait en particulier souligné que les troubles cognitifs étaient « fixés dans le temps », ce qui tend à confirmer le caractère irréversible de ces troubles, tel que mis en exergue en 2014. bb) Cela étant, quand bien même le volet neuropsychologique de l'expertise du N. \_\_\_\_\_ ne saurait être considéré comme probant, il n'est pas certain qu'une nouvelle appréciation conduirait à une évaluation consensuelle différente. Les troubles neuropsychologiques sont en effet présents depuis 2013 et n'ont pas empêchés l'assurée, à la suite de la reconnaissance d'une invalidité de 50 % en partie fondée sur ces troubles, d'exercer une activité d'assemblage auprès de son employeur à un taux de 50 %. Au demeurant, la nouvelle demande déposée par l'assurée en février 2022 ne se fonde pas sur une aggravation de ces troubles, mais sur l'apparition de nouvelles atteintes d'ordre rhumatologique et psychiatrique. Or, selon l'expertise réalisée par le N. \_\_\_\_\_ du 13 juin 2023, l'ensemble des experts s'accorde pour considérer que l'activité habituelle de l'assurée demeure adaptée et que celle-ci conserve une capacité de travail de 50 %, identique à celle retenue antérieurement. Partant,

il est vraisemblable qu'une nouvelle appréciation aboutirait à la même évaluation globale de la capacité de travail. Quoi qu'il en soit, cette question peut demeurer indécise au regard des développements exposés ci-après. d) La recourante a en effet le droit à une rente entière d'invalidité pour les motifs qui suivent. aa) Il faut d'abord prendre en considération que les expertises établies sur les plans rhumatologique et psychiatrique mettent en lumière, de manière suffisamment probante pour leur part, une évolution défavorable, dans le sens d'une aggravation, de l'état de santé de la recourante depuis la décision du 27 août 2014. Les experts ayant fonctionné dans le cadre de ces deux volets de l'expertise ont en effet tous deux fait état d'atteintes nouvelles, ou à tout le moins qui ont évolué 10J010

- 32 - défavorablement depuis 2014, justifiant selon eux la définition de nouvelles limitations fonctionnelles ainsi que la prise en compte de diminutions de rendement affectant la capacité de travail de la recourante. En particulier, si l'expert rhumatologue a certes fait état d'un « examen normal » s'agissant des douleurs aux genoux, qui étaient « très élevées par rapport aux diagnostics posés », il n'en demeure pas moins que, selon lui, la fibromyalgie et les douleurs aux genoux étaient incapacitantes en tant qu'elles justifiaient des limitations fonctionnelles non retenues en 2014 (« Pas de position à genoux et accroupie maintenue ; éviter les montées et les descentes d'escaliers répétées ; pas de travail en hauteur ; pas d'utilisation d'engins vibrants ; changement de position régulier »), limitations qui avaient elles-mêmes une incidence sur le rendement de la recourante, à raison de 20 %, dans le cadre d'une activité habituelle ou adaptée. Ainsi que cela ressort des développements de l'expert, les douleurs aux genoux, en particulier au genou gauche, constituent des séquelles d'une chute subie en février 2020, ayant entraîné une déchirure de la corne latérale du ménisque interne (fissure horizontale de grade 3) et une distorsion du ligament collatéral interne de grade 1, qui a elle-même nécessité deux arthroscopies, avec ménisectomie partielle. Les différents rapports médicaux produits par la recourante tendent du reste à corroborer l'existence d'atteintes rhumatologiques et orthopédiques durables, survenues postérieurement à l'expertise, notamment au genou droit. Il en va ainsi des rapports du Dr K. \_\_\_\_\_ du 14 mars 2024 (qui fait état d'un « lâchage de la cheville à gauche nécessitant une surcharge sur le genou droit » avec « décompensation douloureuse », posant alors comme diagnostic une « gonalgie droite avec trouble dégénératif débutant et possible lésion méniscale interne ») et du 14 août 2024 (qui fait état d'une nouvelle arthroscopie subie le 4 juin 2024, en lien avec une « déchirure complexe de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit »). S'agissant du trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, dont on rappelle que l'expert psychiatre a estimé justifiée la prise en compte de limitations fonctionnelles (« Activité répétitive maîtrisée sans sollicitation intellectuelle ; fatigue et fatigabilité objectivées ») ainsi 10J010

- 33 - que d'une diminution de rendement de 30 %, il ressort des développements de l'expertise que cette atteinte était consécutive à son licenciement survenu en mars 2021, qu'elle avait vécu comme une profonde injustice. Si l'expert fait certes remonter la diminution de rendement à 2013, soit antérieurement à la dernière décision entrée en force, l'expert se réfère à cet égard au rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 14 avril 2014, qui avait noté à l'époque une symptomatologie déjà anxieuse et dépressive, en lien avec l'apparition sa pathologie somatique. Il apparaît toutefois clair que le trouble diagnostiqué par l'expert se rapporte essentiellement à une exacerbation de son trouble consécutivement à son licenciement, qui a occasionné une anxiété ainsi que des insomnies entraînant encore une fatigabilité et une tension anxieuse à la date de l'expertise, soit plus de deux ans après son

dernier jour de travail. bb) Malgré l'évolution défavorable de l'état de santé de la recourante, les experts ont en définitive retenu que celle-ci demeurerait capable d'exercer son activité habituelle, laquelle était adaptée aux nouvelles limitations fonctionnelles, à 50 %. Pourtant, et contrairement à la réflexion menée par l'OAI, même si l'on devait retenir que l'expertise menée par le N. \_\_\_\_\_ le 13 juin 2023 est entièrement probante et que ses conclusions doivent être suivies, force est de constater que les circonstances d'espèce ont changé, l'intéressée ayant été licenciée en mars 2021. Dans ces circonstances, on ne pouvait donc pas se limiter à considérer que le degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente, comme cela ressort des communications de l'OAI des 22 juin et 6 octobre 2023. En effet, dès lors que l'assurée a perdu l'emploi concret pris en compte lors de l'octroi initial de la demi-rente d'invalidité (cf. décision du 27 août 2014) et qu'elle n'exerce plus d'activité lucrative depuis 2021, il en résulte que le revenu d'invalidité doit désormais être déterminé sur la base de valeurs moyennes statistiques selon l'ESS, ce qui constitue un motif de révision selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; TF 9C\_325/2013 du 22 octobre 2013 consid. 3.4 et les 10J010

- 34 - références citées). Il incombait donc à l'intimé d'examiner à nouveau le droit à la rente sous tous ses aspects factuels et juridiques (cf. ATF 141 V 9 consid. 2.3). En l'occurrence, comme allégué par la recourante, c'est à la lumière de la jurisprudence relative aux assurés proches de l'âge de la retraite, telle qu'exposée ci-après, que le cas de l'assurée aurait dû être examiné. aaa) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C\_407/2018 du 3 juin 2019 consid. 5.2 ; TF 9C\_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C\_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 6.2 ; TF 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer 10J010

- 35 - l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C\_774/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2 ; TF 9C\_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1). Cela dit, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à

l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C\_188/2019 du 10 septembre 2019 consid. 7.2 ; TF 9C\_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1). Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée, correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C\_188/2019 précité consid. 7.2). Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). bbb) En l'espèce, à la date de l'expertise effectuée le 13 juin 2023, dont on a vu qu'elle a mis en lumière des diagnostics incapacitants engendrant des limitations fonctionnelles à la fois sur les plans pneumologique, rhumatologique et psychiatrique, la recourante se trouvait à trois mois d'atteindre l'âge de 60 ans. 10J010

- 36 - Si, dans leur évaluation consensuelle, les experts ont certes estimé qu'en dépit de ses atteintes, la recourante conservait, d'un point de vue médico-théorique, une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle, tout comme dans une activité adaptée, il n'apparaît concrètement pas réaliste que la recourante, sans activité professionnelle depuis son licenciement en mars 2021, soit en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail à son âge. Il y a lieu de rappeler que l'intéressée a travaillé depuis son arrivée en Suisse en 1983 exclusivement pour le même employeur, en qualité de soudeuse, puis d'ouvrière en charge de travaux d'assemblage, sans formation reconnue ni expérience dans un autre secteur d'activité. Il est également observé que les limitations fonctionnelles de la recourante s'attachent non seulement à des capacités physiques diminuées et à une fatigabilité accrue, mais également à l'absence de contacts sociaux et verbaux (en raison de sa toux chronique), ainsi qu'à l'absence de toute sollicitation intellectuelle. On relèvera encore que l'expertisée, qui a arrêté l'école très jeune pendant son enfance passée en V\*\*\*, ne sait pas lire ni écrire, pas plus qu'elle n'est en mesure d'utiliser les outils informatiques (cf. expertise, évaluation consensuelle, p. 5). Compte tenu de la situation personnelle et professionnelle de la recourante, on peine à concevoir qu'un employeur consente les moyens et les efforts nécessaires pour lui permettre de se réinsérer dans le monde du travail, et ce pour un emploi d'emblée limité dans le temps. ccc) Dans ces conditions, il convient de conclure que l'assurée n'est pas en mesure de retrouver un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles sur un marché équilibré du travail et qu'elle présente dès lors une invalidité totale sur le plan professionnel depuis le mois de mars 2021, date de l'aggravation de son état de santé, lui ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité. Toutefois, en application de l'art. 88bis al. 1 let. a RAI, l'augmentation de la rente ne peut prendre effet qu'à compter du mois durant lequel la recourante a présenté sa demande de révision, à savoir en l'occurrence dès le 1er février 2022. 10J010

- 37 - 6. Au vu de l'issue du litige, la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise est sans objet. 7. a) En définitive, le recours doit être admis et la

décision entreprise réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1er février 2022. 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 l'intimé, vu l'issue du litige. c) La recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPG). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimé.

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