

VD_GERICHTE ZD25.025463 vom 5. März 2026

VD Tribunal cantonal, 2026-03-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD25.025463

FR: VD_GERICHTE ZD25.025463 du 5 mars 2026

IT: VD_GERICHTE ZD25.025463 del 5 marzo 2026

Erwägungen

E. 23

avril 2021 des Drs W. _____, spécialiste en cardiologie, et Z. _____, un rapport d'intervention du 30 juillet 2021 des Dres A. _____, et Y. _____, spécialiste en cardiologie, un rapport du 9 août 2021 du Prof. E. _____, spécialiste en cardiologie, et du Dr X. _____, un rapport du 8 septembre 2021 de la Dre O. _____, un rapport de phlébo-scanner du 9 décembre 2021 et un rapport du 7 mars 2022 de la Dre A. _____ ainsi qu'un rapport du 3 mai 2022 du Dr M. _____. L'OAI est entré en matière sur cette nouvelle demande, estimant qu'une aggravation sur le plan cardiologique pouvait être survenue postérieurement à leur dernière décision. Se plaignant de la persistance de douleurs irradiant au niveau de l'épaule gauche, associées à une sensation de paresthésie au niveau de l'avant-bras gauche survenue progressivement à la suite du repositionnement du boîtier du pacemaker (cf. rapports des 13 et 21 décembre 2022 de la Dre A. _____), l'assurée a été adressée au service de neurologie du CHUV. Dans un rapport du 6 février 2023, le Dr B. _____, chef de clinique, et H. _____, médecin assistante au service de neurologie du CHUV, ont posé le diagnostic d'hypoesthésie de la face antérieure du membre supérieur ne respectant pas de territoire nerveux, avec une impression de perte de force non mise en évidence à l'examen clinique. La capacité de travail était totale sur le plan neurologique (cf. rapport du 5 juillet 2023 d'H. _____ à l'OAI). Dans un rapport du 15 février 2023 à l'OAI, le Dr M. _____, tout en indiquant qu'il suivait l'assurée depuis le 20 janvier 2015, a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), présent depuis 2015, et de douleur chronique où intervenaient des facteurs somatiques et psychiques (F45.41), présent depuis 2021. Il a 10J010

- 6 - constaté une péjoration de l'état de santé physique de sa patiente (problèmes cardio-vasculaires, accident de la circulation, anesthésie du bras gauche...) depuis la décision de la Cour des assurances sociales du canton de Vaud du 21 septembre 2021, avec répercussion sur son état psychique, observant une intensité plus importante de son niveau d'anxiété généralisée, une croyance d'une mort imminente et un état de fatigue et de fatigabilité beaucoup plus prononcé. A ces troubles somatiques s'ajoutaient une rechute dépressive d'intensité moyenne à sévère, avec tristesse, perte de confiance, apathie, anhédonie, troubles du sommeil et idées récurrentes de mort accompagnées d'une peur irrationnelle de risque de mort subite. Les limitations fonctionnelles consistaient en un isolement social par perte de volonté d'interagir avec les autres, une instabilité émotionnelle, une fatigue au moindre effort multifactorielle (psychique et somatique), une fatigabilité augmentée, une diminution des capacités de concentration, de mémoire et de planification, des difficultés pour tenir son ménage ainsi que des troubles du sommeil. Il a expliqué que la maladie cardiovasculaire, évolutive, affectait le psychisme déjà vulnérable de sa patiente. Le Dr M. _____ a estimé que la capacité de travail de sa patiente était

nulle dans toute activité. Dans un rapport du 25 août 2023, la Dre I. _____, médecin traitante de l'assurée, a indiqué que la capacité de travail de sa patiente était nulle dans toute activité en raison de l'état dépressif ainsi que du manque de force et des douleurs de l'épaule gauche. Suivant l'avis du 21 septembre 2023 du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité), l'OAI a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire avec volets neurologique, psychiatrique, cardiologique, et de médecine interne. Dite expertise a été confiée à CM. _____ SA, singulièrement aux Drs CF. _____, spécialiste en médecine interne générale, CG. _____, spécialiste en médecine interne générale et cardiologie, U. _____, spécialiste en neurologie, et S. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lesquels ont rendu leur rapport d'expertise le 9 janvier 2025. Dans le cadre de leur évaluation consensuelle, les experts ont posé les diagnostics de malaises d'origine indéterminée, avec possibles syncopes convulsives (R55), de céphalées dites de tension 10J010

- 7 - (G44.2), de céphalées par abus médicamenteux (G44.4), de trouble dépressif récurrent, épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F33.0), de pose de pacemaker VVI le 27 janvier 2021 pour pause sinusale, de suspicion d'une hypertension artérielle, à confirmer par une tension artérielle de 24 heures, et de surpoids. Tout en relevant certaines limitations fonctionnelles neurologiques (au vu des malaises, n'étaient pas exigibles les activités présentant un risque de blessure élevé [par exemple par des pièces tournantes et non protégées, par des tensions, matériel infectieux], la conduite professionnelle, les activités nécessitant de la concentration, réactivité, flexibilité, rapidité et/ou flexibilité, les activités de contrôle et de surveillance, les activités avec obligation de surveillance, le travail de nuit ou les systèmes de travail posté qui nécessitaient une privation de sommeil ou une perturbation importante du cycle du sommeil et de la veille, les activités avec des appareils de protection respiratoire, les activités au froid [par exemple dans un entrepôt frigorifique ou une installation de congélation] ainsi que les activités sur l'eau et la natation), ils ont estimé que l'assurée disposait, excepté la période d'hospitalisation du 22 au 25 septembre 2020, depuis toujours d'une capacité totale de travail dans toute activité. Dans un avis du 15 janvier 2025, le SMR a indiqué qu'il se ralliait aux conclusions de l'expertise. Par projet de décision du 21 janvier 2025, l'OAI a informé l'assurée qu'il comptait lui nier le droit à une rente d'invalidité et aux mesures professionnelles au motif qu'elle ne subissait aucun préjudice économique. Le 28 février 2025, l'assurée, sous la plume de son mandataire, Denis Dougoud, a transmis ses objections à l'encontre de ce projet de décision, contestant être apte à exercer son activité habituelle à 100 %, de même que toute autre activité adaptée, au vu des limitations fonctionnelles retenues. 10J010

- 8 - Le 4 avril 2025, l'assurée a complété ses objections. En substance, elle remettait en doute la valeur probante de l'expertise du 9 janvier 2025, en particulier son volet psychiatrique. Elle a produit un rapport du 19 mars 2025 de son psychiatre traitant confirmant une incapacité totale de travail en raison des atteintes psychiatriques et somatiques, principalement en lien avec son état de fatigue et de fatigabilité, ainsi que ses douleurs. Par décision du 23 avril 2025, l'OAI, se fondant sur un avis du même jour du SMR, a confirmé en tout point son projet de décision, relevant que le rapport du 19 mars 2025 du Dr M. _____ n'apportait aucun élément médical nouveau qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise du 9 janvier 2025. B. Par acte du 28 mai 2025, D. _____, sous la plume de son mandataire, a déféré la décision du 23 avril 2025 de l'OAI à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et, principalement,

à la reconnaissance d'une incapacité de travail et de gain totale, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction sur le plan médical. En substance, elle a contesté la valeur probante du rapport d'expertise du 9 janvier 2025, faisant en particulier valoir qu'il comportait certaines lacunes, insuffisances et multiples contradictions tant sur le plan médical que sur l'évaluation des indicateurs jurisprudentiels, à savoir, notamment, la gravité du trouble dépressif retenu, l'absence de prise en considération de sa perte de poids importante depuis l'année 2021, le manque de clarté en lien avec les conséquences fonctionnelles des atteintes psychiques, les ressources mobilisables retenues et l'interaction des diagnostics psychiatriques avec les symptômes douloureux, ajoutant que la méthodologie utilisée par l'expert était sujette à caution. Dans sa réponse du 9 juillet 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours, indiquant qu'aucune péjoration de l'état de santé de l'assurée susceptible de modifier le droit aux prestations n'avait été mise en évidence depuis la décision de refus du 26 mars 2020 et que les critiques émises par 10J010

- 9 - l'intéressée à l'encontre de l'expertise du 9 janvier 2025 n'étaient pas justifiées. La problématique de la perte de poids n'avait pas à être investiguée plus avant, celle-ci n'étant, d'un point de vue temporel – quatre ans s'étant écoulés –, pas douteuse. Dans sa réplique du 25 août 2025, l'assurée a confirmé ses moyens et conclusions, ajoutant que la problématique de sa perte de poids aurait dû être prise en compte dans la mesure où il s'agissait d'un symptôme qui caractérisait un trouble dépressif. Par duplique du 25 septembre 2025, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours. En droit : 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. 2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa nouvelle demande de prestations déposée le 24 juin 2022. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, l'intimé était en droit de nier une 10J010

- 10 - péjoration de l'état de santé de l'intéressée depuis la décision de refus de rente du 26 mars 2020. 3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1er janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1er janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1er juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme). b) En l'espèce, la recourante a déposé sa nouvelle demande de prestations

le 24 juin 2022. Ce sont donc les dispositions de LAI et du RAI dans leur teneur en vigueur dès le 1er janvier 2022 qui sont applicables au présent litige. 4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, 10J010

- 11 - 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 [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 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 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 10J010

- 12 - 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). 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 ; 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 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 10J010

- 13 - 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 de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). 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 10J010

- 14 - 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). 7. a) En l'espèce, l'OAI est entré en matière sur la troisième demande de prestations déposée le 24 juin 2022 par la recourante, considérant qu'elle avait rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision de l'intimé du 26 mars 2020 confirmée par l'arrêt entré en force du 21 septembre 2021 de la Cour de céans. 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 26 mars 2020 – 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

E. 26

mars 2020, les premiers éléments font état d'un épisode dépressif sévère sans caractéristiques psychotiques, dont l'origine remontait à la procédure de divorce et à la séparation du couple de l'intéressée trois ans auparavant, ainsi qu'à la réaction négative de ses deux filles. Dans sa « Fiche d'évaluation rapide » du 17 février 2017, le Dr K._____ décrivait une symptomatologie caractérisée par une tristesse permanente et non fluctuante, associée à une perte de l'envie et du plaisir et à une somatisation (maux de tête et de dos, et myalgies) une fatigue caractérisée par une aboulie, des difficultés cognitives (attention et mémoire), ainsi que par des idées suicidaires avec un plan précis de passage à l'acte et quelques velléités d'exécution au cours des dernières semaines. Dans son rapport d'expertise du 25 juillet 2017, le Dr P._____ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, avec syndrome somatique, se manifestant par une humeur à 10J010

- 15 - dominante dysphorique, des ruminations pessimistes et négatives, une inhibition marquée avec une asthénie/fatigabilité, une perte de motivation, une anhédonie, un sommeil qui restait perturbé, une diminution de l'appétit et une perte de la confiance en soi. Une composante anxieuse, avec une tension, des soucis sous la forme de ruminations interrogatives et inquiètes, ainsi que des manifestations somatiques étaient également relevés. Les difficultés cognitives signalées n'étaient toutefois pas objectivées et aucun ralentissement psychomoteur ni d'idéation suicidaire n'étaient observés. Tout en considérant que la capacité de travail de la recourante était nulle au moment de l'expertise, le Dr P._____ a toutefois préconisé la reprise d'une activité à visée thérapeutique progressive sous la forme d'un coaching, d'abord à 50 % à l'horizon d'un mois, puis à 100 % un mois plus tard, afin de contrer le processus de chronicisation. S'agissant plus particulièrement du rapport d'expertise du 10 octobre 2019 et son complément du 6 novembre 2019 du Dr P._____, sur lesquels s'est fondé l'OAI pour rendre sa décision du 26 mars 2020, ils attestaient l'existence d'un trouble dépressif récurrent, en rémission. L'expert P._____ avait relevé plusieurs discordances, à savoir qu'après plus de trois ans de traitement spécialisé, l'expertisée décrivait une évolution plutôt négative, alors même que les rendez-vous avec le psychiatre avaient été davantage espacés, passant à une fréquence mensuelle, et que les facteurs de stress anciens avaient disparu, son ex- mari étant parti au Portugal et la relation avec sa fille aînée s'étant bien améliorée. Aussi, l'expertisée

évoquait une anhédonie et aboulie, mais elle conservait des relations sociales, s'occupait avec plaisir de son petit-fils et était en train de se reconstruire une vie affective. Par ailleurs alors que le sujet restait chargé de plaintes, il n'y avait plus, sur le plan objectif, les éléments encore nécessaires pour retenir une atteinte de l'humeur ; la thymie n'était ni stablement installée ni ne dominait ; il n'y avait pas de ralentissement psychomoteur, pas de troubles cognitifs touchant la mémoire ou la concentration, alors que ceux-ci étaient signalés. Il n'y avait pas de culpabilité pathologique, d'idéation suicidaire, d'élévation pathologique de l'humeur, de phénomène psycho-sensoriel ou de délire, ni de signe d'anxiété majeur. Une perte de l'élan vital était avant tout 10J010

- 16 - constatée (là aussi davantage signalée que constatée, car dans les faits elle était devenue plus active) et une démotivation (ce qui pouvait paraître paradoxal alors qu'elle débutait une relation affective et qu'elle avait le projet de repartir au Portugal). Le Dr P. _____ en avait déduit que la symptomatologie était désormais clairement insuffisante pour évoquer un trouble dépressif, voire même une dysthymie, raison pour laquelle il avait retenu que la recourante disposait d'une capacité totale de travail dans toute activité depuis le 1er octobre 2017, conformément aux conclusions de sa précédente expertise du 25 juillet 2017. bb) Dans le cadre de la présente procédure, les éléments médicaux versés au dossier font état d'une aggravation de l'état de santé sur le plan somatique, singulièrement sur le plan cardiologique. En effet, la recourante, depuis février 2020 a subi plusieurs syncopes à l'emporte-pièce, raison pour laquelle un dispositif de monitoring cardiaque (Reveal) a été implanté afin de surveiller son rythme cardiaque. Deux pauses avec ralentissement sinusal progressif culminant en une pause de 3.4 secondes le 28 janvier 2021 et de 3 secondes le 11 avril 2021 ont, dans ce contexte, été observées. Les examens cardiologiques étaient toutefois rassurants. Cela étant, à la suite d'une nouvelle pause sinusale de 9 secondes objectivée au Reveal le 28 juillet 2021, accompagnée d'une syncope à l'emporte-pièce, les médecins ont décidé de procéder à l'ablation du Reveal et de poser un pacemaker monocaméral. Par la suite, la recourante s'est plainte de douleurs localisées au niveau du boîtier du pacemaker, irradiant au niveau de l'épaule gauche, associées à une sensation de paresthésie au niveau de l'avant-bras survenue progressivement à la suite du repositionnement du boîtier du pacemaker. Sont également mentionnés la persistance de céphalées et, à titre de diagnostics secondaires et de comorbidités, l'existence d'une hypertension artérielle sous métoprolol, un BAV de degré 1 et une notion anamnestique d'asthme. Sur le plan psychique, les pièces au dossier montrent l'existence d'un trouble dépressif récurrent, avec une tentative de suicide ensuite d'abus médicamenteux, nécessitant l'hospitalisation de l'intéressée du 22 au 25 septembre 2020. Les atteintes cardiologiques précitées auraient également influencé négativement l'état psychique déjà fragile de la recourante, notamment 10J010

- 17 - avec tristesse, perte de confiance, apathie, anhédonie, troubles du sommeil et idées récurrentes de mort, accompagnées d'une peur irrationnelle de risque de mort subite. Tant le médecin traitant que le psychiatre traitant de la recourante estiment que la capacité de travail de l'intéressée est nulle dans toute activité. b) Dans ce contexte, l'OAI a décidé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire avec volets neurologique, psychiatrique, cardiologique et de médecine interne. Cela étant, il n'y a aucune raison de s'écarter du rapport d'expertise pluridisciplinaire rendu le 9 janvier 2025 par les experts du CM. _____, lesquels ont conclu, de façon consensuelle, que la recourante, en dehors de la période d'hospitalisation du 22 au 25 septembre 2020, disposait depuis toujours d'une

capacité totale de travail dans toute activité. aa) D'un point de vue formel, il y a lieu 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 psychiatrique, l'expert S. _____ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode dépressif léger, sans syndrome somatique. Il a constaté que la recourante présentait une baisse d'élan vital, une humeur triste ressentie, un pessimisme, une passivité ainsi que des troubles de l'appétit et du sommeil, sans toutefois de perte d'intérêt, l'intéressée gardant des contacts sociaux (famille et amis) et appréciant regarder des téléromans. L'expert a conclu à l'absence d'idées suicidaires. Il a précisé à cet égard qu'elle avait présenté des idées 10J010

- 18 - suicidaires passagères, transitoires, à l'origine d'une hospitalisation en septembre 2020, lesquelles étaient selon lui très impulsives et ne s'inscrivaient pas dans un contexte d'épisode dépressif sévère. L'expert a exclu l'existence de trouble de la sphère psychotique et d'anxiété généralisée, faute d'anxiété permanente et constante. L'intéressée ne rapportait pas de véritable trouble panique, puisqu'il n'y avait pas d'anxiété majeure, avec une sensation imminente de mort. Elle n'aimait pas la présence du monde, mais elle pouvait se rendre seule dans des magasins, excluant ainsi une agoraphobie. L'expert a également écarté un trouble obsessionnel compulsif, car si l'intéressée pouvait vérifier, à plusieurs reprises, que la porte était fermée, il n'y avait pas de comptage ou de véritable rituel, ni d'autre vérification. L'expert a par ailleurs exclu une addiction, l'anamnèse et l'examen clinique étant en concordance avec les résultats d'examens biologiques, sans signes physiques de manque. Il n'a en outre pas retenu d'état de stress post-traumatique, ni de trouble de stress post-traumatique complexe devant l'absence de détachement du monde extérieur, d'antécédent traumatique majeur, ni d'hypervigilance. Il a exclu l'existence de troubles somatoformes, en l'absence de douleurs morales intenses en lien avec des douleurs physiques. Certes, il y avait une sollicitation accrue de la part de l'entourage, mais plutôt dans un contexte de passivité chez une personne qui ne parlait pas très bien le français et qui avait peu de formation. L'expert a enfin constaté que la recourante ne présentait ni trouble de personnalité paranoïaque, ni trouble de personnalité évitante, ni trouble de personnalité anankastique, voire histrionique ou schizoïde ou émotionnellement labile. Il a toutefois mis en évidence un côté assez théâtral. Sous l'angle des ressources, l'expert a indiqué que la recourante entretenait de bons rapports avec ses filles ainsi qu'avec ses frères et sœurs ; elle contactait régulièrement les quatre membres de sa fratrie qui vivaient au Portugal, et pouvait voir régulièrement sa sœur qui vivait en Suisse. Elle rencontrait également des amis, notamment des anciens collègues, lesquels pouvaient venir chez elle et inversement. La recourante appréciait discuter avec eux. La recourante était par ailleurs capable de structurer les tâches, nonobstant l'existence d'une certaine passivité et un caractère ritualisé de ses journées qui limitaient la mise en place de ce type de capacité, et capable de s'adapter 10J010

- 19 - aux règles et à la routine, de porter des jugements, de prendre des décisions et de s'affirmer, de travailler en groupe, de prendre soin d'elle-même et de prendre les transports en commun. L'expert psychiatre en a conclu que la recoursante disposait d'une capacité totale de travail dans toute activité depuis fin 2017 (selon l'expertise du Dr P. _____ du 21 août 2017), en dehors de la période d'hospitalisation du 22 au 25 septembre 2020. cc) Sur le plan cardiologique, l'expert a posé les diagnostics de pose de pacemaker VVI le 27 janvier 2021 pour pause sinusale et de suspicion d'une hypertension artérielle à confirmer par une tension artérielle de 24 heures. Il a notamment observé une auscultation cardiaque physiologique, une auscultation pulmonaire libre, un pacemaker en bon état de fonctionnement, lequel était mobile sous la peau (algique), mais sans rougeur ni épanchement, une échocardiographie de repos normale, avec aucune atteinte ventriculaire gauche laissant suspecter une cardiopathie hypertensive, ni d'anomalies compatibles avec une insuffisance cardiaque qu'elle soit systolique ou à fonction conservée. L'expert a également souligné que la recoursante, pour l'examen échocardiographique, avait dû se mettre en décubitus latéral gauche avec le bras gauche sous la tête, ce qu'elle avait pu faire sans problème particulier. Il a par ailleurs relevé plusieurs incohérences, en particulier le fait qu'aucun symptôme de la lignée cardiaque n'était spontanément invoqué par l'intéressée, laquelle attribuait l'ensemble de sa symptomatologie à la pose du pacemaker. En définitive, l'expert cardiologue a retenu qu'hormis la pose de ce pacemaker pour pause sinusale, pratiquement jamais utilisé, il n'y avait pas de pathologie cardiaque proprement dite, sauf éventuellement une hypertension artérielle à confirmer ou infirmer par une tension artérielle de 24 heures. dd) Sur le plan de la médecine interne, l'expert a posé le diagnostic de surpoids. L'expert n'a relevé aucune particularité à l'examen clinique. Il a indiqué qu'avec l'implantation du pacemaker, la recoursante pouvait être considérée comme guérie de ses syncopes et aucune mesure de réadaptation n'était à prévoir. L'intéressée était par ailleurs indépendante pour les activités de la vie quotidienne ; elle était capable de 10J010

- 20 - s'occuper du ménage, toutefois avec l'aide de sa fille. L'expert en a conclu que la recoursante disposait depuis toujours d'une capacité totale de travail dans toute activité. ee) Enfin, sur le plan neurologique, l'expert a posé les diagnostics de céphalées dites de tension, de céphalées par abus médicamenteux et de malaises d'origine indéterminée, avec possibles syncopes compulsives. L'intensité douloureuse des céphalées dites de tension était qualifiée de moyenne, avec quelques pics d'intensité maximale, mais sans symptôme associé, ne serait-ce que des nausées occasionnelles. L'aggravation observée durant les derniers mois pouvait s'expliquer par la prise quotidienne d'antalgiques, suffisante pour engendrer une céphalée par abus médicamenteux. A l'examen clinique, seule une hypoesthésie de l'hémiface droite isolée était retrouvée ; en revanche, l'hypoesthésie de la face antérieure du membre supérieur gauche retenue par le Dr B. _____ en février 2023 n'était pas confirmée. Sur le plan de la cohérence et de la plausibilité, l'expert a souligné que la recoursante avait abandonné le suivi neurologique, alors même qu'elle se plaignait d'une aggravation des céphalées. Aussi, le bas niveau d'activité de l'intéressée ne s'expliquait pas par les troubles neurologiques dans la mesure où ces derniers étaient présents et documentés depuis 2014, sans incidence sur la capacité de travail. L'expert neurologue, tout en énumérant un certain nombre de limitations fonctionnelles (au vu des malaises, n'étaient pas exigibles les activités présentant un risque de blessure élevé [par exemple par des pièces tournantes et non protégées, par des tensions, matériel infectieux], la conduite professionnelle, les activités nécessitant de la concentration, réactivité, flexibilité, rapidité

et/ou flexibilité, les activités de contrôle et de surveillance, les activités avec obligation de surveillance, le travail de nuit ou les systèmes de travail posté qui nécessitaient une privation de sommeil ou une perturbation importante du cycle du sommeil et de la veille, les activités avec des appareils de protection respiratoire, les activités au froid [par exemple dans un entrepôt frigorifique ou une installation de congélation] ainsi que les activités sur l'eau et la natation), en a conclu que la recourante disposait depuis toujours d'une capacité totale de travail dans toute activité. 10J010

- 21 - c) Aucun élément au dossier ne vient contredire les conclusions de l'expertise du 9 janvier 2025 du CM._____. Le rapport du 19 mars 2025 du Dr M._____, produit par la recourante le 4 avril 2025, s'il fait certes nouvellement état d'une dysthymie (F34.1) d'intensité moyenne, se rajoutant aux épisodes récurrents de dépression plus sévère, d'intensité variable, il n'apporte aucun élément, en particulier sur le plan anamnestique, qui aurait été ignoré par les experts et fournit uniquement une appréciation différente d'un même état de fait. d) La recourante conteste essentiellement la valeur probante du volet psychiatrique de l'expertise du 9 janvier 2025 du CM._____. Il convient tout d'abord de relever que, contrairement à ce que soutient la recourante, le rapport d'expertise, en particulier son volet psychiatrique, ne contient pas d'incohérences ou de lacunes. L'expert psychiatre a motivé de manière circonstanciée et au regard de l'anamnèse les diagnostics retenus, respectivement expliqué les raisons pour lesquelles il excluait certains diagnostics, en particulier celui de trouble dépressif sévère. A cet égard, on observe en particulier que la plupart des éléments mis en exergue par le psychiatre traitant pour justifier un trouble dépressif sévère (isolement social par perte de volonté d'interagir avec les autres, instabilité émotionnelle, fatigue au moindre effort, diminution des capacités de concentration [cf. ses rapports des 3 mai 2022 et 15 février 2023 ainsi que ses réponses du 2 décembre 2024 mentionnées par l'expert psychiatre en p. 12]), respectivement une péjoration de l'état de santé de sa patiente depuis sa précédente demande de prestations (intensité plus importante de son niveau d'anxiété généralisée, croyance d'une mort imminente et état de fatigue et de fatigabilité beaucoup plus prononcé [cf. son rapport du 15 février 2023]) ne se retrouvent pas dans les constatations de l'expert psychiatre. Ce dernier a en effet relevé que la recourante entretenait des contacts avec ses filles ainsi qu'avec ses frères et sœurs et qu'elle rencontrait également des amis, notamment des anciens collègues. L'intéressée a précisé à l'expert en médecine interne générale (p. 26) que 10J010

- 22 - les contacts avec sa famille étaient bons et que dans la gestion de son handicap, elle se sentait bien soutenue par son réseau relationnel. Contrairement au Dr M._____, l'expert psychiatre a également décrit une tension anxieuse, mais pas d'anxiété majeure, ni d'anxiété généralisée car il n'y avait pas d'anxiété permanente et constante. Ce dernier a également constaté une fatigue et une fatigabilité décrites comme légères, et a écarté un trouble de personnalité émotionnellement labile ainsi que l'existence d'idées suicidaires. Sur ce dernier point, l'expert psychiatre a qualifié d'impulsive la tentative de suicide par abus médicamenteux survenue le 22 septembre 2020, à l'origine de l'hospitalisation du 22 au 25 septembre 2020. Il sied au demeurant de relever que la Cour des assurances sociales avait, dans son arrêt du 21 septembre 2021, précisé (cf. consid. 7b/i) que cet épisode dépressif justifierait une incapacité de travail pour la seule durée de l'hospitalisation, ce qui n'était pas suffisant. On constatera, pour le surplus, qu'il ressort de l'extrait du compte individuel de la recourante que cette dernière a travaillé durant l'entier des années 2017 à 2021, ce qui rend d'autant moins plausible l'existence, durant cette période, d'un trouble dépressif

sévère. Quant à la question de la perte de poids de 22 kg alléguée par la recourante, il est vrai que l'expert psychiatre n'en a pas discuté en détail. Cela étant, l'on constate qu'il ressort du dossier que la recourante a présenté un poids de 77 kg le 23 avril 2021 (cf. rapport du 23 avril 2021 des Drs W. _____ et Z. _____), de 75 kg le 8 septembre 2021 (cf. rapport du 8 septembre 2021 de la Dre O. _____), puis de 68 kg le 5 septembre 2022 (cf. rapport d'échocardiographie du 5 septembre 2022 de la Dre O. _____). Par la suite, la recourante a déclaré à sa médecin traitante avoir perdu 10 kg « ces deux derniers mois » (cf. rapport du 25 août 2023 de la Dre I. _____). Il ressort par ailleurs du rapport d'expertise du 9 janvier 2025 du CM. _____ qu'un poids de 60 kg a été relevé par l'expert en médecine interne générale en date du 6 novembre 2024 (cf. p. 28 de l'expertise), respectivement de 58 kg par l'expert en cardiologie (cf. p. 21 de l'expertise). Enfin, dans son rapport du 19 mars 2025, le Dr M. _____ a uniquement indiqué que la perte de poids avait « été bien réelle mais je ne l'ai pas quantifiée par une pesée : c'est la patiente qui m'avait informé de 10J010

- 23 - la perte de 20 kg en 3 mois. En effet, entre janvier 2024 et juillet 2024 il a été observé une perte de 23 kg, sans régime alimentaire ». Force est ainsi de constater qu'il n'est pas possible de reconstituer avec précision l'évolution du poids de la recourante. Quoiqu'il en soit, ni les experts, ni les médecins consultés, en particulier le Dr M. _____, n'ont tiré de conséquence de cette perte de poids, que ce soit sur le plan diagnostique ou en lien avec la capacité de travail de la recourante. Pour le reste, hormis la question de l'habillement (décrit comme particulièrement soigné dans le rapport d'expertise du 10 octobre 2019, et légèrement négligé dans le rapport d'expertise du 9 janvier 2025), ainsi que l'humeur observée (tristesse peu exprimée, sans larmes, avec capacité de sourire lors de l'expertise du 10 octobre 2019 et tristesse d'humeur avec pleurs en début d'entretien avec un faciès peu expressif), force est de constater que les constatations de l'expert S. _____ rejoignent celles de l'expert P. _____ établies lors des compléments d'expertise des 10 octobre et 6 novembre 2019 et rappelées ci-dessus (cf. supra consid. 7a/aa). Quant au niveau de français (décrit comme très bon dans le rapport d'expertise du 10 octobre 2019, tandis qu'un interprète était nécessaire dans le cadre de l'expertise du 9 janvier 2025), l'expert en médecine interne générale (cf. page 26 de l'expertise du 9 janvier 2025) a observé que la recourante entretenait des relations sociales uniquement avec sa famille et des amis portugais, ce qui constituait probablement un frein à maintenir son niveau de français. A cet égard, on relèvera que toutes les consultations que le Dr M. _____ a dispensées à la recourante se sont déroulées en portugais (cf. rapport du 2 décembre 2024 du Dr M. _____). En tout état de cause, la recourante ne saurait tirer aucune justification médicale objective d'une éventuelle péjoration de son niveau de français, si ce n'est un manque de pratique. 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 la recourante présente de nouvelles atteintes somatiques depuis la dernière décision de l'office intimé rendue le 26 mars 2020, avec la description de nouvelles limitations 10J010

- 24 - fonctionnelles d'ordre neurologique, elles n'ont toutefois aucune répercussion sur sa capacité de travail, laquelle est depuis toujours 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 26 mars 2020, excluant ainsi le droit aux prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI). 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. En conséquence, une nouvelle expertise n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écartée 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). 10. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 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. c) 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.