

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 août 2019

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
M. Piguet, juge, et Mme Dormond Béguelin, assesseure  
Greffière : Mme Monod

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**C.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Nadine Frossard Goy, juriste,  
à Vufflens-la-Ville,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD**, à  
Vevey, intimé.

---

**Art. 87 et 88a RAI ; art. 28 et 28a LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1967, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) dans le secteur de la vente. Mariée et mère de deux enfants désormais adultes, elle a travaillé à temps partiel en qualité d'aide-ménagère dès 2001.

Par requête formelle déposée le 24 février 2004, elle a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Genève (ci-après : l'OAIGE), indiquant souffrir d'une affection rhumatologique depuis février 2003.

Dans ce contexte, elle a fait l'objet d'un examen clinique bidisciplinaire réalisé le 26 avril 2005 au sein du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) par les Drs B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rééducation, et D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le rapport correspondant, rédigé le 18 mai 2005, n'a fait état d'aucun diagnostic susceptible d'influer sur la capacité de travail de l'assurée. Etaient en revanche mentionnés les diagnostics de cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs modérés, associées à une discarthrose avec protrusion médiane para-médiane gauche en C5-C6, et une fibromyalgie sans incidence sur dite capacité.

Considérant que l'assurée ne présentait pas d'invalidité au sens de la loi, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE) a rendu une décision de refus de prestations le 1<sup>er</sup> juillet 2005, laquelle est entrée en force.

**B.** L'assurée a déposé une seconde demande de prestations auprès de l'OAIGE le 19 octobre 2007 et précisé souffrir d'un syndrome de Gougerot-Sjögren, dont le diagnostic avait été posé en septembre 2007.

Compte tenu des pièces médicales produites par l'assurée à l'appui de cette nouvelle requête, l'OAIGE a mis en œuvre une expertise,

dont le mandat a été confié au Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale. Ce dernier a procédé à l'examen de l'assurée le 18 février 2008 et communiqué son rapport le 25 février 2008. Il a indiqué les diagnostics suivants :

Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail :

- Syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (fibromyalgie).
- Syndrome sec chronique de la bouche et des yeux (syndrome de Sjörger).
- Syndrome de fatigue chronique.

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- Cervico-brachialgies et lombopyalgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (discopathie C5-C6 avec protrusion discale non conflictuelle).
- Status post kystectomie dermoïde en 2003.
- Status post césarienne en 2005.

L'expert a estimé que la capacité de travail de l'assurée était de 70 % à 80 % dans l'activité d'aide-ménagère et de 100 % dans une activité adaptée, comme celle de vendeuse d'objets légers ou d'alimentation. Les limitations fonctionnelles concernaient le longs bras de levier, le port de charges répétitif de plus de 5 kg et les positions immobiles assises ou debout prolongées.

Par décision du 14 avril 2008, l'OAIE a rejeté la nouvelle demande de l'assurée, signalant « ne pas entrer en matière » sur celle-ci vu l'absence d'éléments nouveaux postérieurs à sa précédente décision. En l'absence de contestation subséquente de l'assurée, la décision du 14 avril 2008 est entrée en force.

**C.** En date du 28 octobre 2014, l'assurée a formulé une troisième demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAIVD ou l'intimé) compte tenu de son déménagement dans ce canton.

L'assurée ayant repris une activité lucrative à compter du 27 mars 2012, l'OAIVD a recueilli un rapport d'employeur auprès de la société coopérative S.\_\_\_\_\_. Celle-ci a communiqué que son employée, sous contrat de durée indéterminée, travaillait en qualité de caissière à

50 %, à hauteur de 4h06 par jour, pour un salaire annuel de 24'713 fr. depuis octobre 2014.

Le 4 décembre 2014, la Dre H.\_\_\_\_\_, médecin généraliste de l'assurée, a précisé qu'une imagerie par résonance magnétique (IRM) avait mis en évidence une discopathie sévère de C3 à C7, une hernie discale C5-C6, ainsi que de l'arthrose étagée. Sa patiente était en arrêt de travail depuis le 8 août 2014.

L'OAIVD a sollicité le dossier constitué par l'assurance perte de gain en cas de maladie de l'employeur, P.\_\_\_\_\_, SA, auquel étaient notamment versés des rapports d'expertise du 3 février 2015 du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et du 13 mai 2015 du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Le Dr G.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics d'état dégénératif étagé de la colonne cervicale, associé à une hernie discale C5-C6 et à un canal cervical étroit constitutionnel, ainsi que de fibromyalgie, tout en évoquant de possibles problèmes psychiatriques. Il a considéré que la capacité de travail était nulle en tant que caissière, mais entière dans une activité adaptée sans mouvements répétitifs de torsion ou de rotation et sans efforts.

Quant au Dr K.\_\_\_\_\_, il a fait mention des diagnostics de trouble somatoforme indifférencié et de personnalité histrionique, dans un contexte de tensions conjugales et familiales, sans impact sur la capacité de travail de l'assurée.

Après consultation du SMR, l'OAIVD a établi un projet de décision le 8 septembre 2015, envisageant de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée.

L'assurée a contesté le projet précité par pli du 15 octobre 2015, complété le 20 octobre 2015 par la production de divers rapports

médicaux, dont ceux établis le 5 septembre 2014 par la Dre M.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, le 23 octobre 2014 par le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, et le 18 mars 2015 par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. La Dre M.\_\_\_\_\_ a évoqué une neuropathie cubitale bilatérale prédominante à gauche sans déficit sensitif ou moteur, mais exclu la nécessité d'une sanction chirurgicale en l'état. De son côté, le Dr N.\_\_\_\_\_ a conclu à un « examen rassurant », sans aucune atteinte radiculaire évolutive, et n'a pas davantage envisagé d'indication chirurgicale. Quant au Dr J.\_\_\_\_\_, il précisait avoir reçu l'assurée à trois reprises et ne retenait aucune pathologie psychiatrique « justifiant un code CIM », préconisant l'apprentissage d'une technique de relaxation.

Le Dr R.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'assurée, a adressé un rapport à l'OAIVD le 19 novembre 2015, exposant qu'une reprise d'activité de sa patiente semblait peu probable même dans une activité adaptée, compte tenu de ses limitations fonctionnelles.

L'assurée a informé l'OAIVD de différents examens médicaux subis aux épaules le 16 décembre 2015 par correspondance du 4 janvier 2016. Les rapports d'imagerie, concluant à des radiographies dans les limites de la norme, étaient annexés à son écriture.

Après consultation du SMR, l'OAIVD a diligenté une expertise bidisciplinaire de l'assurée sur les plans rhumatologique et psychiatrique selon communication en ce sens du 30 novembre 2016. Dite expertise a été réalisée conjointement par les Drs T.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et F.\_\_\_\_\_, lesquels ont rédigé leurs rapports respectifs les 9 février 2017 et 29 mars 2017. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a exclu toute pathologie psychiatrique se répercutant sur la capacité de travail de l'assurée, mentionnant une fibromyalgie assimilée au syndrome douloureux somatoforme persistant chez une personnalité à traits infantiles/histrioniques, sans impact sur cette capacité. Le Dr F.\_\_\_\_\_ a pour sa part repris les diagnostics retenus au terme de son rapport du 25 février 2018, ajoutant celui d'omalgies bilatérales sans signes de conflit ou

de tendinopathie, qui n'avait pas d'influence sur la capacité de travail. Il a estimé que l'exercice de l'activité habituelle était possible à 75 %, tandis qu'une activité respectant les limitations fonctionnelles (sans port de charge, sans positions en porte-à-faux et permettant l'alternance des positions assise et debout) pouvait être exercée à 100 %.

L'OAIVD, fondé sur ces conclusions médicales, a déterminé un préjudice économique nul subi par l'assurée dans la sphère d'activité lucrative, à laquelle elle se serait consacrée à 73 % si elle avait été en bonne santé. Quant à la sphère ménagère, représentant le temps restant de 27 %, il était superflu de procéder à une enquête au domicile, le degré d'invalidité global de l'assurée étant de toute façon inférieur à 40 %. L'OAIVD a par conséquent établi un projet de décision le 16 août 2017, informant l'assurée de ses intentions de lui nier le droit à une rente. En parallèle, il lui accordait toutefois une mesure d'aide au placement selon communication du même jour.

En dépit du désaccord manifesté le 10 octobre 2017 par l'assurée, représentée par Nadine Frossard Goy, l'OAIVD a adressé une décision de refus de rente le 24 novembre 2017, reprenant les termes de son projet précité, accompagné d'un courrier explicatif en lien avec le diagnostic de fibromyalgie.

**D.** L'assurée, assistée de sa mandataire, a déféré la décision du 24 novembre 2017 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 12 janvier 2018, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAIVD pour instruction complémentaire. Contestant essentiellement la valeur probante de l'expertise réalisée conjointement par les Drs T. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, elle a estimé que cette expertise ne respectait de toute façon pas la jurisprudence fédérale rendue en matière de troubles somatoformes douloureux. Elle a en substance estimé que les experts n'avaient pas retranscrit à satisfaction ses propos et s'étaient systématiquement distancé, à son avis sans motifs objectifs, des appréciations de ses médecins traitants s'agissant de sa capacité de

travail. Était produite une attestation du Dr R.\_\_\_\_\_ du 11 janvier 2018 mentionnant les diagnostics retenus dans le cas de l'assurée.

L'OAIVD a répondu au recours le 22 février 2018 et a proposé son rejet, rappelant que les griefs de prévention des experts devaient reposer sur des circonstances constatées objectivement, non sur des impressions purement individuelles.

Par réplique du 16 mars 2018, l'assurée a maintenu ses conclusions et fourni de nouvelles pièces médicales destinées à appuyer ses griefs. Un rapport du 30 janvier 2018 du Dr Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en ophtalmochirurgie, relatait une consultation du fait de sécheresse oculaire, tandis que des rapports des Drs X.\_\_\_\_\_, chirurgien-dentiste, du 26 février 2018, et Z.\_\_\_\_\_, dentiste, exposait les divers traitements subis par l'assurée entre 2016 et 2018. Par ailleurs, l'assurée s'était rendue à la consultation du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, depuis le 26 janvier 2018. Ce dernier attestait, dans un rapport du 11 mars 2018, que sa patiente souffrait d'un trouble dépressif sévère dans un contexte de pathologie systémique auto-immune.

Le 16 avril 2018, l'OAIVD a dupliqué et confirmé la teneur de sa précédente détermination.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente

jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c LPGA sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI), elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la prestation pour déterminer si un changement notable de la situation justifiant la révision du droit en question est intervenue (ATF 133 V 108 consid.5). 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 décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; TF 9C\_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1).

**3.** Le litige a pour objet le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente d'invalidité, à la suite de sa troisième demande en ce sens, rejetée par décision du 24 novembre 2017.

**4.** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

**5. a)** L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

**b)** Selon l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette disposition prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343

consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

**6. a)** Pour pouvoir 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 (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert 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\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**7. a)** Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de

troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

**b)** Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé et de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 4.2 et suivants avec références citées).

**8. a)** En l'espèce, il s'agit de déterminer si l'état de santé de la recourante s'est modifié depuis la précédente instruction au fond – soit depuis la décision du 14 avril 2008 – dans une mesure qui ouvrirait son droit à une rente d'invalidité. A cette date, elle avait notamment fait l'objet d'une expertise rhumatologique, réalisée par le Dr F.\_\_\_\_\_, dont le rapport du 25 février 2008 mentionnait les conclusions suivantes :

« [...] A mon avis, les douleurs, élément subjectif et propre à chaque individu, constituent essentiellement les limitations fonctionnelles. Il n'y a pas, à mon avis, d'élément inflammatoire ou systémique pouvant expliquer l'impotence fonctionnelle dont se plaint l'assurée dans ses activités de la vie quotidienne ou professionnelle.

A mon avis, tant le syndrome oculaire et buccal sec que la pathologie discale cervicale ne constituent pas d'élément invalidant dans la reprise d'une activité professionnelle même adaptée. »

**b)** Dans le cadre de la troisième demande de prestations déposée par la recourante le 28 octobre 2014, ont été versés à son dossier les rapports d'expertise des Drs G.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ des 3 février 2015 et 13 mai 2015, mandatés par P.\_\_\_\_\_SA, et ceux des Drs T.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ rendus conjointement sur mandat de l'intimé en date des 9 février 2017 et 29 mars 2017.

Le Dr G.\_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit :

« [...]J'estime que c'est principalement la fibromyalgie et les probables problèmes psychiatriques qui sont responsables de l'incapacité de travail actuelle.

En effet, le problème cervical, sous forme de hernie discale C5-C6, associée à un canal cervical étroit et à des phénomènes dégénératifs étagés, est connu depuis 2003. Depuis l'an 2003 et jusqu'en 2014, l'état cervical n'a pas présenté de modification dans le sens d'une aggravation quelconque. Durant cette même période, Mme C.\_\_\_\_\_ a travaillé normalement. Sur ces bases, je peux affirmer que le problème orthopédique n'est pas responsable de l'incapacité de travail actuelle.

Cependant, les problèmes dégénératifs cervicaux peuvent être responsables d'une symptomatologie douloureuse partiellement invalidante en cas de mouvements répétitifs de torsion-rotation, voire lors des efforts. Pour ces raisons, j'estime que Mme C.\_\_\_\_\_ doit abandonner définitivement l'activité de caissière, car ce poste nécessite des mouvements et des efforts répétitifs, ainsi qu'une position qui n'est pas adaptée à son problème cervical.

Du point de vue orthopédique, une activité dans un bureau, à la réception, en tant que téléphoniste ou animatrice dans un établissement, pourrait être effectué à 100 %, sans diminution de rendement. [...] »

Quant au Dr K.\_\_\_\_\_, il s'est exprimé en ces termes sur l'état de santé psychique de la recourante :

« [...] D'un point de vue **psychopathologique**, l'assurée a présenté essentiellement un tableau de somatisations, qui entrent dans le cadre de **troubles somatoformes indifférenciés**, puisqu'il s'agit de plaintes multiples, mal systématisables, variables, associant des troubles digestifs d'allure fonctionnelle (constipation), un « syndrome des yeux secs », nous dit-elle, avec muqueuses sèches, notamment au niveau de la bouche, ainsi que mycoses vaginales fréquentes et cystites. Il s'agit d'une pathologie qu'on peut approcher d'une problématique « hystérique polysymptomatique a minima ».

Le tout prend racine sur une **personnalité du registre histrionique**. Frappe une assurée faisant plus jeune que son âge biologique, très élégamment vêtue, logorrhéique, avec une tendance à la dramatisation, de caractère volontiers égocentré, un peu superficielle. Mme C.\_\_\_\_\_, qui se déplace en talons hauts, ne paraît à aucun moment limitée dans ses mouvements, qui sont au contraire amples, soulignant toujours le propos.

Il n'y a pas de comorbidité psychiatrique.

En d'autres termes, le rôle de malade paraît ici assez surinvesti, car il permet de mobiliser probablement son entourage. Il ne s'agit en aucun cas d'un trouble incapacitant.

[...]

L'assurée bénéficie d'un environnement favorable, il n'y a pas de comorbidité psychiatrique assimilable à une atteinte à la santé mentale. L'assurée a vu à 3 reprises le Dr J.\_\_\_\_\_, qui a confirmé l'absence de troubles psychiques sur l'axe I. Le trouble de personnalité histrionique, n'est pas décompensé. Il s'agit d'un facteur de vulnérabilité, mais non d'un trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale.

Sa capacité de travail est donc entière et sans baisse de rendement, d'un point de vue psychiatrique. [...] »

Le Dr T.\_\_\_\_\_ a de son côté procédé à l'expertise de la recourante en fonction des indicateurs imposés par la récente jurisprudence fédérale (cf. consid. 5 supra). Il a fait part notamment des constats suivants sur le plan de l'analyse diagnostique :

« [...] Elle est bien orientée aux trois modes, c'est-à-dire, dans le temps, l'espace et concernant la situation.

L'assurée ne présente aucun trouble de l'attention, de la concentration, de la compréhension, de la mémoire des faits récents ni celle d'anciens souvenirs. Bien que je n'aie pas fait de tests pour mesurer le coefficient intellectuel, cette assurée ne présente pas de problèmes à ce niveau-là.

En ce qui concerne la lignée psychotique et au moment de l'entretien, l'assurée ne présente pas de troubles formels de la pensée sous la forme de clivages, barrages ou réponses à côté. Il n'y a pas de troubles de la perception sous la forme d'hallucinations auditives, visuelles, cénesthésiques ou olfactives.

Pas d'idées interprétatives, simples ou délirantes. Pas d'idées de concernement simples ou délirantes.

Au moment de l'entretien et concernant la lignée dépressive, l'assurée n'est pas triste et l'humeur n'est pas dépressive. Il n'y a pas de signes ou de symptômes parlant en faveur d'un ralentissement psychomoteur. Présence d'un sentiment de découragement par rapport à ses douleurs et à sa situation. Il n'y a pas de sentiment d'infériorité, de dévalorisation, d'inutilité ou de ruine. L'élan vital n'est pas perturbé. Pas d'idées noires ou d'envies suicidaires. A ma connaissance, l'assurée n'a jamais fait de tentative de suicide. Elle n'a jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique. Le sommeil est perturbé.

Pas d'euphorie, pas de logorrhée, pas de fuites dans les idées. Pas de comportement provocateur, vindicatif, démonstratif ou manipulateur. Pas de contact familial avec l'expert.

Concernant le registre anxieux, l'assurée présente des tensions nerveuses en fonction de ses douleurs. Il n'y a pas de signes de claustrophobie, agoraphobie ou phobie sociale.

Pas de signes de stress post-traumatique, pas de souvenirs envahissants (flashback), de rêves ni de cauchemars.

Concernant les conduites alimentaires, il n'y a ni boulimie ni anorexie.

Par rapport aux conduites d'addiction, l'assurée ne fume pas. Elle ne boit pas d'alcool. Au cours de l'entretien, je n'ai pas pu mettre en évidence des signes ou des symptômes d'une dépendance aiguë ou chronique à l'alcool. Elle ne consomme pas de cannabis, héroïne ou cocaïne, ni des substances excitantes telles que les amphétamines ou l'ecstasy.

[...]

Je n'ai pas pu objectiver au moment de l'entretien des signes ou des symptômes d'une maladie psychiatrique ou d'un trouble de la personnalité décompensé chez cette assurée qui présente plutôt des traits de la personnalité infantile/histrionique, ces traits existant vraisemblablement depuis son enfance et n'étant pas décompensés. Au moment de l'entretien donc, il n'y a aucune limitation fonctionnelle qui empêcherait cette assurée de travailler.

[...]

Il s'agit d'une assurée qui présente une personnalité à traits infantiles/histrioniques vraisemblablement depuis son enfance et adolescence, ce qui ne l'a pas empêchée d'effectuer un apprentissage ainsi que de travailler. Sur cette personnalité et suite à une chute dans des escaliers datant d'environ quatorze ans, se greffe une fibromyalgie, assimilée au syndrome douloureux somatoforme, sans aucune comorbidité psychiatrique.

Le principal problème de cette assurée est la douleur et l'idée qu'elle se fait qu'elle ne pourra plus reprendre une activité professionnelle à cause de celle-ci. [...] »

Du point de vue de la cohérence des symptômes et du comportement de la recourante, il a indiqué ce qui suit :

« [...] Il n'y a pas de divergences entre mes propres observations ainsi que les différents rapports notamment psychiatriques qui figurent dans votre dossier. Je signale que je me rallie plutôt aux conclusions du Dr K. \_\_\_\_\_ dans le sens que cette assurée présente un trouble somatoforme chez une personnalité histrionique, donc sans comorbidité psychiatrique qui justifierait l'incapacité de travail.

[...]

Selon l'assurée, elle est très limitée dans son ménage, mais elle est capable d'aller faire des promenades ainsi que de partir en vacances.

[...]

Selon l'assurée, elle ne peut plus faire les mêmes activités physiques depuis qu'elle est tombée dans des escaliers en 2003. [...] »

S'agissant du Dr F.\_\_\_\_\_, il a repris les diagnostics retenus dans son expertise de 2008 et relaté les constatations ci-après :

« **Du point de vue objectif**, on note la présence d'un syndrome cervicobrachial, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire associé à des douleurs polyinsertionnelles multiples faisant évoquer la présence d'un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique avec nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur.

L'examen des différents groupes articulaires est rassurant, il n'y a pas de signe de synovite ou de ténosynovite, les amplitudes articulaires sont toutes conservées.

Au niveau des épaules il n'y a pas de signe de conflit ou de tendinopathie.

L'examen des genoux ne met pas en évidence de signes méniscaux ou tendineux.

**Du point de vue paraclinique**, le bilan radiologique effectué jusqu'à ce jour est rassurant, au niveau cervical, on note une minime discopathie C6-C7. Au niveau des épaules, on note une tendinopathie et du sus-épineux, actuellement sans signe de rupture significative. Il n'y a pas de signe de bursite. Au niveau des mains et des genoux, il n'y a pas de trouble dégénératif significatif.

[...]

La diminution des capacités fonctionnelles due à la santé réside essentiellement dans le vécu douloureux devenu chronique et qui s'est cristallisé autour d'un syndrome cervico-brachial et lombaire, des douleurs polyarticulaires fluctuantes et migrantes et surtout dans un contexte d'une fatigue récurrente.

La diminution des capacités, conséquence directe de facteur non pris en compte par l'assurée, [est] essentiellement de type fonctionnelle.

Les limitations fonctionnelles sont les ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier et les positions debout prolongées de plus de 1 heure. »

Il a par ailleurs relevé les éléments suivants eu égard à l'interaction des diagnostics et la cohérence :

« Du point de vue rhumatologique, le bilan radiologique est rassurant, Il n'y a pas de trouble dégénératif significatif, compte tenu de son âge, il n'y a pas d'amyotrophie.

Il n'y a pas de trouble sensitivomoteur, la patiente se meut, s'habille et se déshabille de manière fluide, elle est capable de rester assise sans opter de position antalgique et ce, durant tout l'entretien. Elle est capable de monter et de descendre deux étages d'escaliers sans allégation douloureuse.

Dès lors, du point de vue rhumatologique, on note une certaine discordance entre les plaintes de l'assurée et l'impotence fonctionnelle qu'elle décrit dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle dans les examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'à ce jour.

Seules les douleurs, facteur subjectif et propre à chaque individu et qui, à mon avis, sont imputables à une diminution du seuil de tolérance à la douleur avec douleurs polyinsertionnelles qui se sont cristallisées et étendues en taches d'huile.

Cette situation est probablement à corrélérer avec le contexte socio-familial de l'assurée.

Cette appréciation s'apparente à celle du Dr G.\_\_\_\_\_ en ce qui concerne le diagnostic. Il n'y a pas de différence par rapport à l'expertise antérieure de 2008 signalée, hormis la situation qui s'est encore plus cristallisée.

Concernant l'appréciation du Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie du 05.09.2014, il n'y a actuellement pas de lésion parlant en faveur d'une neuropathie cubitale.

[...]

Du point de vue purement rhumatologique, on note une importante divergence entre les symptômes décrits, l'examen clinique et les examens paracliniques et le comportement de la personne tant lors de l'examen que dans ses activités professionnelles et ménagères anamnestiques. [...] »

D'entente avec le Dr T.\_\_\_\_\_, il a conclu à une capacité de travail de 75 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité respectant les restrictions fonctionnelles rhumatologiques.

**c)** Compte tenu des éléments médicaux ci-dessus, force est de constater que la situation médicale décrite par les experts mandatés tant par l'intimé que par P.\_\_\_\_\_SA apparaît sensiblement identique à celle qui régnait à l'occasion de la précédente décision du 14 avril 2008. Hormis la cristallisation de l'état douloureux, il ne ressort en effet aucune évolution des diagnostics, ni modification notable de la capacité de travail résiduelle de la recourante. Celle-ci rencontre au demeurant des limitations fonctionnelles similaires à celles évoquées en 2008 par le Dr F.\_\_\_\_\_ sur le plan rhumatologique, alors que les Drs T.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ ne mentionnent aucune restriction en lien avec l'exercice d'une activité lucrative dans leur sphère de compétences.

**9. a)** En l'occurrence, quoi qu'en dise la recourante, l'expertise bidisciplinaire conduite par les Drs T.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ répond aux exigences posées par la jurisprudence fédérale, y compris eu égard aux nouveaux indicateurs pertinents en matière de trouble somatoforme douloureux. Rendus au terme d'investigations minutieuses, leurs rapports respectifs font état des plaintes de la recourante et des constats objectifs,

tout en contenant l'analyse indispensable des aspects diagnostiques et de la cohérence.

**b)** La recourante estime pour sa part que les experts ont fait preuve de prévention à son égard. Elle fait dans un premier temps grief au Dr T. \_\_\_\_\_ d'avoir retenu à tort « un bon soutien par le réseau social », ce qui peut certes apparaître comme une formulation trop générale. Cela étant, on comprend aisément à la lecture du rapport corrélatif que ledit réseau est en fait constitué essentiellement de la famille proche, ainsi qu'il a été retenu de longue date dans le cas particulier. La recourante reproche par ailleurs au Dr T. \_\_\_\_\_ d'avoir communiqué une analyse trop succincte des répercussions de ses limitations dans tous les domaines de la vie et d'avoir insisté sur ses possibilités de faire des promenades et de se rendre en vacances. Il n'en demeure pas moins que le Dr T. \_\_\_\_\_ a mis en évidence à réitérées reprises au cours de son examen clinique et para-clinique la discordance observée entre les constats objectifs et les restrictions alléguées. On notera en outre que ses observations rejoignent celles effectuées précédemment par le Dr K. \_\_\_\_\_, ainsi du reste que celles du Dr J. \_\_\_\_\_, ces derniers ayant également exclu toute pathologie incapacitante du registre psychiatrique. Il s'agit par ailleurs de relever que l'opinion du Dr F. \_\_\_\_\_ sur le plan somatique rejoint pour l'essentiel celles des Drs G. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_, ce qui permet de corroborer le défaut d'évolution de l'état de santé de la recourante depuis l'année 2008.

**c)** Dans un second argument, la recourante reproche aux experts mandatés par l'intimé de ne pas avoir mentionné ses pleurs à l'occasion de leurs examens. Si des pleurs auraient assurément dû être relevés, cet élément ne suffit pas à lui seul pour écarter les conclusions communiquées au terme de l'expertise bidisciplinaire, lesquelles sont fondées sur les constats objectifs réunis au cours des examens effectués.

**d)** La recourante fait enfin valoir que ces conclusions seraient en contradiction avec celles de ses médecins traitants. Or, tel n'est à l'évidence pas le cas s'agissant des spécialistes consultés par le

recourante jusqu'à l'émission de la décision litigieuse (cf. rapports des Drs M. \_\_\_\_\_ du 5 septembre 2014, N. \_\_\_\_\_ du 23 octobre 2014 et J. \_\_\_\_\_ du 18 mars 2015). Quant à l'avis divergent du Dr R. \_\_\_\_\_, il convient de souligner que ce dernier n'a fait état d'aucun diagnostic nouveau ou inconnu et que son appréciation en qualité de généraliste traitant est insuffisamment motivée pour ébranler les observations des experts. En particulier, l'attestation du 11 janvier 2018 produite auprès de la Cour de céans n'expose pas en quoi les affections relevées justifieraient une restriction de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. Le psychiatre traitant de la recourante, le Dr V. \_\_\_\_\_, a pour sa part exposé que sa patiente, prise en charge depuis janvier 2018, présentait un « trouble dépressif sévère de longue date dans [un] contexte de pathologie systémique auto-immune », estimant que sa capacité de travail et sa qualité de vie étaient fortement entamées. On ne voit cependant pas que ce praticien ait justifié son appréciation à satisfaction, dans la mesure où il ne s'est fondé que sur les éléments anamnestiques communiqués par la recourante. Faute d'éléments objectifs et de motifs étayés, cet avis - relatant au demeurant une prise en charge postérieure à la décision litigieuse - est ainsi insuffisant pour faire douter des conclusions des experts. Enfin, les problématiques dentaires rencontrées depuis 2016, dont la recourante se prévaut, ne sont pas mentionnées en lien avec une quelconque incapacité de travail, de même d'ailleurs que les soins ophtalmologiques dispensés des suites de sécheresse oculaire. Partant, les pièces sur lesquelles se fonde la recourante sont manifestement insuffisantes pour douter de l'exigibilité de l'exercice d'une activité dans la mesure définie par les experts.

**e)** Ainsi que l'a souligné l'intimé, les motifs de prévention avancés contre les experts doivent reposer sur des éléments objectifs, lesquels font défaut en l'occurrence. On rappellera d'ailleurs que c'est précisément le rôle des experts de prendre une distance critique par rapport aux allégations de la personne assurée avant d'évaluer l'influence des atteintes à la santé sur la capacité résiduelle de travail, les médecins traitants se trouvant à cet égard dans le cadre d'une mission thérapeutique.

**f)** En définitive, force est de constater, sur la base des rapports des rapports des Drs T.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, ainsi que de ceux des Drs K.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, que l'état de santé de la recourante ne s'est pas péjoré de manière notable entre la décision du 14 avril 2008 et la décision litigieuse, la recourante demeurant dotée d'une capacité de travail d'au moins 70 % dans son activité habituelle et 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Les conditions d'une révision du droit aux prestations au sens de l'art. 17 LPGA, applicable par analogie, ne sont donc pas réunies in casu, de sorte que le recours est mal fondé pour ce premier motif.

**10.** Indépendamment de ce qui précède, au vu de la capacité résiduelle de travail reconnue à la recourante, l'intimé a procédé à une nouvelle évaluation du degré d'invalidité de la recourante. Il a estimé que celle-ci pouvait réaliser, en 2015, un revenu de l'ordre de 37'455 fr dans une activité adaptée. L'intimé s'est référé sur ce point à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Le calcul effectué ne prête pas flanc à la critique (cf. sur l'utilisation de l'ESS pour établir le revenu d'invalidité d'une personne assurée : ATF 126 V 75). Il ne fait l'objet d'aucun grief de la part de la recourante, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir plus en détail. Tout au plus précisera-t-on que l'intimé s'est référé au revenu standard ressortant de l'ESS pour des activités simples et répétitives, accessibles sans formation professionnelle particulière.

Le taux d'invalidité résultant d'une comparaison des revenus hypothétiques sans et avec invalidité est ainsi effectivement nul dans la sphère d'activité lucrative. Ce constat rend superflue la mise en œuvre d'une enquête économique sur le ménage, à laquelle se consacrerait la recourante à 27 %, puisque le taux d'invalidité global est forcément inférieur à 40 %, ce qui exclut le droit à une rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 1 LAI ; TF 9C\_266/2019 du 27 mai 2019 consid. 4.2.1). Le recours interjeté contre la décision du 24 novembre 2017 est ainsi infondé pour ce second motif.

**11. a)** Sur le vu de ce qui précède, l'intimé a nié à juste titre le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité. Le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision du 24 novembre 2017.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires arrêtés à 400 fr. sont mis à la charge de la recourante qui succombe.

**c)** En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 24 novembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Nadine Frossard Goy, à Vufflens-la-Ville (pour C. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :