

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 3 septembre 2020

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
MM. Oppikofer et Perreten, assesseurs  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 17 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 8 al. 1 et 28 al. 1 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** S.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née en [...]. En Suisse depuis [...] et sans formation, elle a été engagée en qualité d'employée d'expédition polyvalente auprès des A.\_\_\_\_\_ à [...], du 1<sup>er</sup> janvier 2003 au 31 décembre 2007.

Le 24 juin 2008, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. A l'arrêt de travail à 50 % à compter du 6 février 2007, puis à 100 % dès le 20 (recte : 22) août 2007, elle indiquait quant au genre de l'atteinte à la santé « dépression / syndrome somatoforme douloureux depuis juillet 2004 ».

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, après avoir obtenu les renseignements auprès des médecins consultés (rapports des 28 mars 2004 et 10 juin 2008 du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie [pièce 110] ; rapport du 5 septembre 2008 de la Dre Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès de l'Association I.\_\_\_\_\_ [pièce 98] ; procès-verbal d'entretien téléphonique du 24 octobre 2008 avec le Dr Y.\_\_\_\_\_ [pièce 93]) et pris connaissance du dossier médical de l'intéressée constitué par l'assureur perte de gain E.\_\_\_\_\_ (pièce 108), l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a requis le point de vue de son Service médical régional (SMR). Dans un avis du 2 décembre 2008, le Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et médecine du travail, a résumé la situation comme suit :

“Assurée de 43 ans, d'origine de [...], en Suisse depuis [...]. Elle travaille chez A.\_\_\_\_\_ jusqu'en août 2007.

L'assurée avait été expertisée à deux reprises par le Dr P.\_\_\_\_\_, psychiatre. En septembre 2007, l'expert retient les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, d'épisode dépressif moyen et de stupeur dissociatif. Il juge la CT [capacité de travail] de 50%. La deuxième expertise a eu lieu en janvier 2008 : Lors de cette expertise, l'expert retient une amélioration de l'état de santé avec un diagnostic de dysthymie. La CT est jugée entière.

L'assurée [ne] présente pas de comorbidité psychiatrique, de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie,

d'échec des traitements selon [les] règles de l'art (mauvais[e] compliance thérapeutique).

Au vu de ce qui précède, une valeur invalidante ne peut être attribuée au diagnostic de TSDP [trouble somatoforme douloureux persistant], la CT est entière."

Par décision du 17 mars 2009, l'OAI a informé l'assurée du rejet de sa demande de prestations (mesures d'ordre professionnel et rente). Selon ses constatations, les renseignements médicaux recueillis ne faisaient pas état d'une atteinte à la santé incapacitante au sens de l'assurance-invalidité ; il n'existait aucun élément objectif attestant que la capacité de travail de l'intéressée fût limitée. Cette décision n'a pas été contestée.

**B.** Sans travail, S.\_\_\_\_\_, assistée de son conseil Me Olivier Carré, a déposé une nouvelle demande de prestations le 10 juillet 2015, invoquant une dépression, un syndrome somatoforme douloureux, des problèmes rhumatologiques (nuque, bras et aux mains), des migraines et des troubles de la mémoire. Aux termes d'un rapport du 16 février 2015 joint, le Dr U.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin traitant, a fait part d'une aggravation au plan somatique (poussée inflammatoire au niveau des articulations des mains).

Dans le formulaire 531bis « DETERMINATION DU STATUT (PART ACTIVE / PART MENAGERE) » complété le 21 juillet 2015, l'assurée a indiqué que sans atteinte à la santé elle travaillerait à un taux de 100 % pour des raisons financières.

Par communication du 21 août 2015, l'OAI a informé l'intéressée que selon ses investigations aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible, celle-ci ayant clairement indiqué ne pas pouvoir aborder les mesures qui lui avaient été proposées.

Dans le cadre de l'instruction, l'OAI a recueilli les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 22 octobre 2015 de la Dre T.\_\_\_\_\_, médecin-assistante du Service de gériatrie et réadaptation gériatrique au CHUV,

posant le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble cognitif léger (F06.7) et celui, sans incidence, de dépression. Les restrictions relevées étaient un déficit mnésique et attentionnel ainsi qu'un ralentissement psychomoteur. En raison du suivi instauré depuis le 9 septembre 2015, cette praticienne était dans l'impossibilité d'évaluer la capacité de travail de l'assurée. Elle indiquait toutefois que les restrictions énumérées pouvaient être traitées et une reprise de l'activité professionnelle, respectivement une amélioration de la capacité de travail, attendue selon l'évolution ;

- un rapport du 2 mars 2016 des médecins du Centre [...] de la [...] - CHUV dont il ressort le diagnostic de trouble cognitif léger, exécutif et attentionnel d'origine thymique, avec ceux secondaires de dépression chronique traitée, migraine et polyalgie chronique sans précision. Il n'existait aucun argument pour une maladie neurodégénérative au vu des examens d'imagerie cérébrale et de la ponction lombaire effectués qui étaient dans la norme ;

- un rapport du 2 mai 2016 de la Dre R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, assistée de la psychothérapeute D.\_\_\_\_\_  
d'I.\_\_\_\_\_. Retenant les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1 ; depuis 2014) ainsi que de troubles dissociatifs sous forme de stupeur dissociative (F44.2 ; depuis 2006-2007), avec un pronostic défavorable au vu de la chronicité des troubles, cette médecin a fait part d'une totale incapacité de travail dans toute activité en renvoyant toutefois auprès du médecin traitant. Elle préconisait la poursuite du traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré (TPPI) alliant une médication psychotrope (Venlafaxine ER, 75mg et Venlafaxine 37,5 mg, 1 fois par jour) ;

- un rapport du 19 mai 2016 du Dr U.\_\_\_\_\_  
dont il ressort les diagnostics incapacitants de syndrome douloureux chronique avec polyarthralgie des petites articulations des mains dans un contexte de lésions dégénératives symétriques, cervico-brachialgies gauches (avec déficit moteur fluctuant dans le contexte de discopathies C4-C5 et C5-C6),

dépression modérée à sévère et trouble cognitif léger exécutif et attentionnel d'origine thymique. Sans effet sur la capacité de travail sont posés une probable névralgie du nerf d'Arnold à gauche, un épisode confusionnel en 2008 d'étiologie indéterminée, une stupeur dissociative en 2008, des migraines, un foyer de gliose à l'étage sus-tentorial (suspecte d'une maladie démyélinisante) et un excès pondéral. Indiquant un pronostic mauvais, ce médecin a estimé que l'incapacité de travail était totale depuis le 3 juin 2009 dans la profession habituelle et sans qu'une réadaptation professionnelle ne soit envisageable ;

- un rapport du 1<sup>er</sup> mai 2017 des médecins du Service de rhumatologie au CHUV retenant une poussée synovitique d'une arthrose de la cheville, sans évaluation de la capacité de travail, ces médecins n'ayant vu l'assurée qu'à une seule reprise ;

- un rapport du 22 mai 2017 aux termes duquel le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'I.\_\_\_\_\_, assisté d'D.\_\_\_\_\_, a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et trouble dissociatif sous forme de stupeur dissociative (F44.2). Selon ce médecin, la capacité de travail était nulle depuis 2007 dans l'activité usuelle comme dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (difficultés relationnelles, dans la gestion des émotions, liées aux tâches administratives, d'autonomie dans les autres activités de la vie quotidienne, de déplacement et d'organisation du temps, hypersensibilité au stress).

Après avoir requis le point de vue du SMR sur les éléments recueillis (avis des 23 mars et 15 juin 2017 des Drs X.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_), l'OAI a confié au K.\_\_\_\_\_ (ci-après : K.\_\_\_\_\_) à [...], le soin de procéder à l'expertise pluridisciplinaire (de médecine interne, rhumatologique et psychiatrique) de S.\_\_\_\_\_. Effectuée par les Drs V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, B.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'expertise se fonde sur des examens cliniques ainsi que sur le dossier médical mis à la disposition des experts. Déposé le 24

octobre 2017, leur rapport résume les pièces médicales et administratives versées au dossier, comprend l'anamnèse, relate l'évolution somatique et psychopathologique de l'assurée avec le résultat des thérapies suivies, décrit sa vie quotidienne et sociale, rapporte les plaintes sur les plans rhumatologique et psychiatrique et rend compte du status clinique ainsi que des examens complémentaires pratiqués (monitoring médicamenteux du 17 août 2017 [avec examen sanguin] et échelle de somnolence d'Epworth du 22 août 2017). Ecartant tout diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, les experts ont retenu, sur la base de leur analyse, les diagnostics non incapacitants suivants :

- “- Dysthymie (F34.1), présente depuis 2007.
- Synovite villo-nodulaire de la cheville droite.
- Cervicalgies modérées sur troubles dégénératifs débutants.
- Arthrose digitale modérée.
- Suspicion d'un syndrome du tunnel carpien gauche.
- Hystérectomie il y a environ 10 ans.
- Syndrome d'apnées du sommeil modéré à sévère.
- Céphalées de tension.”

En guise de conclusions, les experts ont notamment répondu aux questions de l'OAI comme suit :

*“2. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?*

Sur le plan physique, l'arthrose digitale peut justifier des limitations dans des activités nécessitant des forces de préhension ou des activités manuelles fines. Le problème de la cheville droite permet de retenir comme limitation d'éviter des activités nécessitant de marcher fréquemment ou d'être en position debout prolongée plus d'une demi-heure d'affilée. Il faut souligner que l'assuré[e] déclare gérer l'ensemble des activités de la vie quotidienne (ménage, courses, etc.) sans handicap significatif.

Sur le plan psychique et mental, pas de limitations fonctionnelles significatives, on note une humeur légèrement dysphorique, une perte de l'énergie vitale, une réduction de la motivation, ainsi qu'une asthénie. L'ensemble des limitations reste léger.

*3. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici*

*3.1 Comment agissent les troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?*

Dans toute activité de manutention légère préférentiellement en position assise, en évitant une position debout statique

prolongée et ne nécessitant pas une force de préhension importante ni une pince bidigitale significative, ces pathologies n'entraînent pas de gêne fonctionnelle. Si l'on se réfère à son dernier travail, l'expertisée déclare travailler à la chaîne, devant mettre des vêtements sur une chaîne. Il s'agit de déballer des cartons et d'étaler sur une chaîne des habits. Il n'y a pas de nécessité de port de charges ni de serrer des objets de façon consistante.

3.2 *Description précise de la capacité résiduelle de travail*

100%.

3.3 *L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui dans quelle mesure ?*

Oui, à 100%.

3.4 *Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure ?*

Non.

3.5 *Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail ? A quel taux ?*

Il n'y a eu que des incapacités de travail transitoires.

3.6 *Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?*

La situation est inchangée et superposable à celle décrite en 2008 déjà. Il est toutefois possible qu'une intervention sur sa cheville droite puisse entraîner à nouveau une incapacité de travail transitoire.

4. *D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée ?*

Oui, toutes celles en lien avec la présence de facteurs non médicaux, à savoir l'absence de formations et une maîtrise très partielle, voire inexistante de la langue française.

4.1 *Si oui, à quels critères médicaux le lieu du travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?*

Il faut tenir compte des limitations décrites ci-dessus qui sont compatibles avec une activité de manutention légère préférentiellement en position assise.

4.2 *Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?*

100%.

4.3 *Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?*

Non.

4.4 *Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible ?*

Question sans objet.

4.5 *Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?*

Question sans objet."

Interpellé, le SMR (rapport du 11 décembre 2017 du Dr X.\_\_\_\_\_) n'a pas retenu d'atteinte principale à la santé, mais uniquement comme pathologies/diagnostics associés ne relevant pas de l'assurance-invalidité une dysthymie, une synovite villo-nodulaire de la cheville droite, des cervicalgies modérées sur troubles dégénératifs débutants, une arthrose digitale modérée, une suspicion d'un syndrome du tunnel carpien gauche, un syndrome d'apnées du sommeil modéré à sévère, des céphalées de tension et une hystérectomie il y a environ dix ans. Sur la base de l'expertise précitée, le SMR a constaté une pleine capacité de travail dans toute activité, avec les restrictions fonctionnelles suivantes : « Sur le plan physique, l'activité est limité[e] en cas de nécessité de forces de préhension ou des activités manuelles fines et il faut éviter les activités nécessitant de marcher fréquemment ou d'être en position debout prolongée plus d'une demi-heure d'affilée. Absence de limitations fonctionnelles significatives sur le plan psychique et mental ».

Par projet de décision du 15 décembre 2017, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa nouvelle demande de prestations (rente et/ou mesures professionnelles). Selon ses constatations, les renseignements médicaux recueillis ne faisaient pas état d'une atteinte à la santé incapacitante au sens de l'assurance-invalidité.

Les 1<sup>er</sup> février et 15 mai 2018, l'assurée, par son avocat, a fait part de ses objections sur ce préavis en demandant la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale. L'OAI a enregistré au dossier un rapport du 7 mai 2018 du Dr F.\_\_\_\_\_, faisant part d'un état dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), avec un pronostic réservé (tenant compte de facteurs extérieurs pour prévoir une évolution fluctuante) ainsi qu'un protocole opératoire du 5 mars 2018 de l'Hôpital

orthopédique du CHUV en lien avec une intervention pratiquée le 27 février 2018 sur la cheville droite ; il en ressort qu'hormis une usure sévère d'une partie du cartilage, les atteintes sont discrètes à modérées.

Après avoir obtenu les déterminations du SMR (avis « audition » du 4 juillet 2018 du Dr T. \_\_\_\_\_), l'OAI a, par décision du 20 septembre 2018, entériné le refus de prestations, avec une motivation identique à celle de son projet du 15 décembre 2017. Aux termes d'un courrier d'accompagnement du même jour, faisant partie intégrante de sa décision, il estimait que son préavis reposait sur une instruction complète du cas sur le plan médical et économique, et qu'il était conforme en tous points aux dispositions légales.

**C.** S. \_\_\_\_\_, représentée par Me Olivier Carré, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte déposé le 26 octobre 2018 en concluant à sa réforme en ce sens qu'il est constaté « le droit de S. \_\_\_\_\_ à des prestations de l'assurance-invalidité selon précisions à donner le cas échéant en cours d'instance ». Subsidiairement, elle a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants. La recourante a reproché à l'intimé d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, notamment ne pas avoir investigué sa problématique orthopédique, réfutant la valeur probante de l'expertise d'octobre 2017 au vu des avis divergents des médecins consultés. Ce faisant, elle a contesté la capacité de travail entière retenue dans des activités adaptées. La recourante a requis, à titre de mesure d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire « véritable, neutre et indépendante » par le tribunal.

Dans sa réponse du 3 décembre 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a relevé le caractère probant de l'expertise du K. \_\_\_\_\_, estimant que les critiques de la recourante n'étaient pas de nature à modifier sa position.

Le 11 février 2019, en réplique, maintenant ses précédentes conclusions et son offre de preuve, la recourante a notamment produit un rapport du 5 novembre 2018 adressé à l'avocat par le Professeur J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dont on extrait ce qui suit :

“[...] En ce qui concerne votre question spécifique, la suspicion de synovite villonodulaire ne s'est pas confirmée à la biopsie. En revanche, en cours d'intervention, on a constaté, comme vous le savez, une arthrose déjà marquée de cette cheville droite qui est bien entendu toujours présente sur les radiographies du mois de septembre. Actuellement, nous envisageons une amélioration du chaussage et de revoir la patiente environ 1 année post opératoire.

En ce qui concerne les capacités fonctionnelles de la patiente en relation avec cette cheville droite, on exclut un travail de force, un travail comportant des positions debout prolongées ou alors des déplacements fréquents et de longue durée. En revanche, une activité sédentaire, voire alternée légère pourrait être réalisable à 100% si l'on ne prend en considération que l'affection de la cheville droite.”

Informant rester dans l'attente de renseignements médicaux complémentaires, la recourante a fait part d'une récente affection au niveau du genou pour laquelle une nouvelle demande de prestations allait être déposée.

Dans sa duplique du 4 mars 2019, observant que les affirmations du Professeur J.\_\_\_\_\_ confirmaient les limitations fonctionnelles déjà retenues, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée.

Le 7 octobre 2019, invoquant une péjoration de son état psychique, une atteinte au genou droit et au pied gauche, la recourante a produit une liasse de pièces, parmi laquelle figuraient notamment :

- un courrier médical du 21 mai 2019 à l'avocat du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, consulté depuis le 28 août 2018 en raison de douleurs au niveau du genou droit. Ce médecin évoque une pathologie d'origine mixte (déchirure méniscale et gonarthrose) mise en évidence lors d'un bilan

radiologique (radiographies le 29 octobre 2018 et IRM [imagerie par résonance magnétique] le 28 août 2018) justifiant un traitement conservateur. Indiquant que l'état de ce genou droit n'est pas stabilisé avec des alternatives thérapeutiques encore présentes, le Dr N. \_\_\_\_\_ concède qu'il lui est « impossible de projeter un taux d'activité professionnelle » ;

- une lettre du 29 août 2019 adressée à l'avocat par le Dr U. \_\_\_\_\_ à laquelle est joint un rapport du 1<sup>er</sup> avril 2019 de l'Hôpital orthopédique du CHUV où il est écrit que les atteintes à la cheville droite (arthrose à prédominance médiale) et au pied gauche (probable arthrose du Lisfranc débutante avec un amincissement de l'interligne articulaire notamment au niveau de la TMT 2 et 3) dont se plaint la recourante, peuvent être soulagées par le port de chaussures adaptées ;

- un rapport du 2 septembre 2019 du Dr U. \_\_\_\_\_ à l'avocat, auquel était joint le dossier de la recourante, libellé comme suit :

“En ce qui concerne le syndrome du tunnel carpien la patiente a été donc vue au CHUV en 2017 (voir rapport du service de neurologie de 2017 avec examen électrophysiologique ainsi que le rapport du chirurgien de la main également effectué au CHUV).

Pour ce qui est des migraines, la patiente effectivement présente des crises récidivantes et consulte par intermittence au CHUV. En annexe, je vous remets le dossier médical en ma possession (consultation du Dr H. \_\_\_\_\_). Je vous remets en annexe également le dernier rapport de consultation aux urgences dans un contexte de crise de migraine en 2019.

Sur le plan de la mémoire la patiente a été investiguée en 2015 et 2016. Je vous remets en annexe les 3 rapports en ma possession. Il n'y a pas d'élément pour évoquer une maladie d'Alzheimer à ce stade.

Traitement actuel :

- MAXALT 5 mg, 1x/j {1-0-0-0} en réserve 2 x semaine au maximum
- DAFALGAN 1g, 4x/j {1-1-1-1} en réserve
- CONDROSULF 800 mg, 1x/j {1-0-0-0}
- VENLAFAXINE ER 150 mg 1x/j {1-0-0-0}
- METO ZEROK 25 mg, 1x/j {1-0-0-0}
- ECOFENAC 75 mg, 1x/j {0-0-1-0}
- ESOMEPRAZOLE 20 mg, 1x/j {1-0-0-0}
- TRAUMALIX forte gel tb, 2x[/j] {1-0-1-0} en réserve
- DERMALCALM D crème tb, 2x/j {1-0-1-0} en réserve” ;

- un rapport du 3 octobre 2019 à l'avocat dans lequel le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, assisté de la psychothérapeute L.\_\_\_\_\_, d'I.\_\_\_\_\_ s'est exprimé comme suit :

“Madame S.\_\_\_\_\_ est suivie à la Consultation Psychothérapeutique pour Migrants (CPM) d'I.\_\_\_\_\_ depuis novembre 2006. A l'époque, le diagnostic différentiel d'un épisode dépressif léger à moyen avait été posé.

Nous avons noté au cours du suivi une péjoration de l'état de santé de Madame et lors de notre dernier rapport, le diagnostic différentiel d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) avait été posé.

Actuellement, nous pouvons retenir deux diagnostics : épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et personnalité dépendante (F60.7). En effet, le diagnostic de trouble dépressif récurrent retenu lors de notre dernier rapport a évolué vers un épisode dépressif sévère, car, d'une part, nous n'observons plus de fluctuation de l'état de santé psychique de la patiente, et, d'autre part, nous notons une détérioration thymique et cognitive progressive (avec composante somatique) suffisante pour remplir les critères d'un épisode dépressif sévère. La patiente décrit notamment des maux de tête, des oublis toujours plus fréquents, une désorientation spatiale occasionnelle, des sentiments de dévalorisation et de culpabilité, une grande fatigabilité et une hypersensibilité au stress. Le fonctionnement quotidien est gravement altéré par les symptômes et les pensées de mort (sans idées de passage à l'acte) [qui] sont récurrentes. Ces symptômes ont participé au développement chez la patiente d'une dépendance totale à son mari. Cette dernière a progressivement désinvesti les responsabilités et les tâches nécessaires au bon fonctionnement du quotidien jusqu'à perdre toute autonomie. Elle est assistée par son mari dans la totalité de ce qu'elle doit effectuer et se trouve réellement dans un besoin d'être prise en charge et dans l'incapacité de mener une tâche seule. Cela nous conduit à poser le deuxième diagnostic de personnalité dépendante.

La présence des deux diagnostics (en rétroaction) ne nous permet pas de prévoir une amélioration de l'état de santé psychique de Madame et empêche la reprise d'une activité professionnelle. L'incapacité de travail est de 100%.

Des tests neurologiques supplémentaires ne sont à notre avis pas nécessaires.

Le traitement médicamenteux actuel consiste en une prescription de la Venlafaxine ER, 75mg et Venlafaxine 37,5mg / une fois par jour.”

Le 28 octobre 2019, produisant un avis SMR du 22 octobre précédant du Dr T.\_\_\_\_\_, auquel il se rallie, l'OAI a estimé que les pièces

versées en cause n'étaient pas susceptibles de modifier sa position dans le sens du rejet du recours et du maintien de la décision attaquée.

**D.** Par décision du 29 octobre 2018, S.\_\_\_\_\_ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 26 octobre précédant. Elle était exonérée du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle. Un avocat d'office en la personne de Me Olivier Carré lui a été désigné.

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

**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.** La contestation porte en l'espèce sur le droit de la recourante à des prestations (rente et/ou mesures professionnelles) de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'appréciation du degré d'invalidité propre à fonder ces prestations. Ce litige s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations déposée le 10 juillet 2015.

En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par la recourante. Il convient dès lors

d'examiner si son état de santé s'est modifié depuis la décision de refus du 17 mars 2009 entrée en force, dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi de prestations d'assurance.

**3. a) aa)** Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

**bb)** 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). 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.

**b)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré 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 comme en l'espèce, il convient de traiter

l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, 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 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

**c)** 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 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

**d)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA.

Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au

sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**e)** 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. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**f)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**4.** Sur la base de l'instruction à l'époque de la décision de refus de prestations du 17 mars 2009 il avait été constaté l'absence d'atteinte à la santé influençant la capacité de travail de l'assurée (avis du 2 décembre 2008 du Dr O. \_\_\_\_\_, du SMR).

Aux termes de la décision litigieuse, l'autorité intimée a refusé d'allouer une rente d'invalidité et de mettre en œuvre des mesures professionnelles, au motif que la recourante ne présente toujours pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité et ne justifie aucune incapacité de travail de longue durée. Cette décision se base sur les constatations et conclusions du rapport d'expertise médicale pluridisciplinaire du 24 octobre 2017 du K. \_\_\_\_\_.

De son côté, la recourante conteste disposer d'une capacité de travail telle que prise en compte par l'intimé dans sa décision. Elle fait valoir en substance que les rapports médicaux de ses médecins traitants valent contre-expertise et qu'ils attestent une péjoration de son état de santé justifiant désormais l'octroi en sa faveur de prestations (rente et mesures professionnelles).

**5. a)** L'expertise pluridisciplinaire (de médecine interne générale, psychiatrique et rhumatologique) confiée au K. \_\_\_\_\_ par l'OAI dans le courant 2017 n'a pas retenu de diagnostic incapacitant ; sur le plan rhumatologique, il a été constaté une synovite villo-nodulaire de la cheville droite, des cervicalgies modérées sur troubles dégénératifs débutants, une

arthrose digitale modérée, une suspicion d'un syndrome du tunnel carpien gauche, une hystérectomie il y a environ 10 ans, un syndrome d'apnées du sommeil modéré à sévère et des céphalées de tension ; sur le plan psychique, il a été constaté une dysthymie (F34.1) présente depuis 2007. En l'absence d'atteinte à la santé physique et psychique avec influence sur la capacité de travail, les experts ont unanimement estimé que la capacité de travail était entière dans une toute activité adaptée de manutention légère préférentiellement en position assise, en évitant une position debout statique prolongée et ne nécessitant pas une force de préhension importante ni une pince bidigitale significative.

**b)** Les experts du K. \_\_\_\_\_ ont justifié leurs diagnostics et l'évaluation de la répercussion des atteintes sur la capacité de travail. Ainsi, au moment d'apprécier la situation, sur le plan somatique, ils ont émis les considérations suivantes (rapport d'expertise du 24 octobre 2017 pp. 26 - 27) :

“Sur le plan de la médecine interne, l'examen de ce jour, en dehors d'une obésité modérée, est rigoureusement normal. Le syndrome d'apnées du sommeil est toujours présent avec une ronchopathie. L'assurée a stoppé d'elle-même son traitement qu'elle ne supportait pas. Elle n'a pas remarqué de différence notable, mais elle ne l'a utilisé que 2 mois environ. Il serait peut-être nécessaire de tenter à nouveau ce type de traitement, car la fatigue est toujours présente et elle décrit parfois des endormissements intempestifs (le score d'Epworth de ce jour est de 15/24, à la limite du significatif). Cela ne représente cependant pas un caractère incapacitant.

Les céphalées présentées par l'assurée sont certainement des céphalées de tension. Tous les examens pratiqués se sont révélés normaux.

Sur le plan rhumatologique,  
Madame S. \_\_\_\_\_ décrit des atteintes ostéo-articulaires relativement bien localisées au niveau de la nuque, au niveau des mains et de la cheville droite.

*Concernant la nuque*

Elle présente des cervicalgies modérées, prédominant du côté gauche, somme toute peu invalidantes, selon l'anamnèse de la patiente. Ces douleurs n'entraînent pas de limitations dans les activités de la vie quotidienne ni sont déclenchées par des efforts ou des mouvements particuliers, selon l'anamnèse. A l'examen clinique, on retrouve effectivement une limitation modérée en rotation prédominant à gauche, avec des tendinomyalgies cervico-scapulaires gauches accompagnatrices. Il n'y a pas d'anamnèse,

d'irritation radriculaire ou de déficit neurologique ni anamnétique ni clinique. A noter qu'une IRM [imagerie par résonance magnétique] cervicale de 2009 ne montre que des discopathies débutantes C4-C5, C5-C6, sans hernie discale et sans conflit disco-radriculaire. Dès lors, globalement, on ne peut estimer ces douleurs cervicales comme handicapantes sur le plan professionnel.

#### *Les brachialgies gauches*

Leur description actuelle correspond essentiellement à des sensations d'engourdissement du bras gauche avec des douleurs dans la main à prédominance nocturne, apparaissant environ deux fois par semaine, réveillant la patiente, nécessitant de masser le bras, les douleurs cédant après trente minutes à une heure. La symptomatologie évoque un problème de tunnel carpien, d'autant plus qu'on retrouve, à l'examen clinique, un Tinel positif semblant confirmer une suspicion de tunnel carpien sans élément pour une atteinte radriculaire. L'absence d'hypoesthésie ou d'atrophie au niveau de la main et le caractère épisodique des douleurs rendent cette symptomatologie, pour l'instant, non handicapante.

#### *Concernant les mains*

L'assurée présente une arthrose digitale touchant la base des deux pouces, mais également les interphalangiennes distales. L'assurée décrit des périodes de tuméfactions douloureuses, ainsi qu'une gêne dans les activités nécessitant des préhensions ou de la force manuelle. Elle se plaint également d'une gêne pour porter un objet lourd en le serrant fort ou pour éplucher des légumes. Les dernières radiographies de la main datant du 22.03.2017 montrent à droite comme à gauche des pincements de l'interligne des interphalangiennes distales des deuxième et troisième rayons à droite et troisième rayon à gauche avec ostéophytose et érosion centrale compatible avec une arthrose digitale, avec absence d'atteinte dégénérative au niveau des poignets. Cette arthrose digitale peut justifier des limitations dans des activités nécessitant des forces de préhension ou des activités manuelles fines. Toutefois, dans une activité de manutention légère ne nécessitant pas une force de préhension importante ni une pince bidigitale significative, ces pathologies n'entraînent pas de gêne fonctionnelle.

#### *Concernant la cheville droite*

Les dernières investigations du CHUV ont permis de poser le diagnostic d'une synovite villo-nodulaire de la cheville droite. Actuellement, cette pathologie reste modérément handicapante. L'assurée décrit effectivement une limitation de son périmètre de marche à environ quinze minutes à vingt minutes et la position debout statique à une demi-heure avec difficultés à monter les escaliers. On peut dès lors retenir comme limitations d'éviter des activités nécessitant de marcher fréquemment ou d'être en position debout prolongée. Toutefois, dans une activité de manutention légère en position assise, ces douleurs de cheville n'entraînent pas d'incapacité de travail. Il faut noter que le dernier rapport du CHUV de juillet 2017 évoque une consultation chirurgicale vraisemblablement pour discuter d'une synovectomie chirurgicale qui pourrait entraîner une incapacité de travail transitoire."

Au moment d'apprécier la situation, sur le plan psychique, les experts ont émis les considérations suivantes (rapport d'expertise du 24 octobre 2017 pp. 27 - 29) :

“Sur le plan psychique, la présente évaluation a mis en évidence :

Un trouble de l'humeur dont l'intensité reste légère et qui se manifeste avant tout par une symptomatologie de perte d'endurance (fatigue chronique), d'inhibition et de conduites régressives qui sont tout autant évocatrices d'un processus d'invalidation dans un contexte désormais de dysthymie, car la dysphorie qui au départ était plutôt récurrente est devenue désormais chronique.

Le trouble dépressif serait apparu dans un contexte de problèmes de santé somatiques surtout algiques touchant le système ostéo-articulaire. Les psychiatres traitants ont retenu un diagnostic de trouble dépressif dès 2007, la symptomatologie dysphorique étant citée dans quasiment tous les rapports médicaux depuis cette date, ce qui traduit une évolution allant d'emblée vers la chronicisation (et résistante au traitement). En 2008, le Dr P.\_\_\_\_\_, expert psychiatre, évoquait déjà la présence d'une dysthymie, diagnostic qui a également été retenu par le soussigné.

A l'observation l'humeur n'est clairement pas stablement dépressive, l'expertisée est surtout fatiguée, démotivée et passive, elle [d]écrit un manque d'intérêt dans ses activités (mais elle garde par exemple des relations sociales). De plus il n'y a pas de ralentissement psychomoteur noté, pas de culpabilité pathologique, pas de trouble de l'appétit, ni d'idéation suicidaire, les troubles cognitifs signalés ne sont pas objectivés, etc.

Par rapport au diagnostic de troubles dissociatifs, les épisodes survenus en 2007-2008 ne sont plus relevés depuis des années, ce diagnostic n'est donc plus valide et il s'agissait avant tout d'un diagnostic d'exclusion face à des malaises atypiques.

Comme atteinte initiale et centrale, on note la présence de douleurs multiples et chroniques. L'expert rhumatologue dans son descriptif retient des douleurs relativement localisées et pas diffuses, pour la plupart des causes organiques, il n'a pas retenu de discordance, de majoration ou de diagnostic de fibromyalgie. Ces conclusions excluent de facto l'existence d'un syndrome somatoforme douloureux, car il s'agit avant tout d'un diagnostic d'exclusion.

De ce fait, même si le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux a été posé par différents experts et médecins traitants auparavant (mais ce diagnostic ne faisait pas non plus clairement l'unanimité), il n'a pas été retenu lors de la présente.

#### PERSONNALITE

Il n'y a pas de troubles de la personnalité qui a été mis en évidence.

#### RESSOURCES

Ressources personnelles et externes

Sur le plan de la médecine interne, elles sont préservées, même si elle se fait aider par son mari.

Sur le plan rhumatologique, elles sont préservées.

Sur le plan psychique, dans le cas de Madame S. \_\_\_\_\_ la gravité de l'atteinte tenant compte que le seul diagnostic retenu est [celui] d'une dysthymie, reste légère. On ne note qu'une altération modérée dans son fonctionnement au quotidien qui semble d'ailleurs avant tout liée à sa fatigue, avec une atteinte modérée de l'endurance.

Il n'y a pas de trouble de la personnalité et la capacité d'interagir avec autrui est conservée, d'ailleurs l'expertisée conserve des liens assez actifs avec plusieurs connaissances et les membres de sa famille lui offrent un soutien externe.

L'expertisée a un bon contrôle des affects et des pulsions, les capacités volitionnelles et adaptatives sont conservées. Il n'y a pas de troubles cognitifs objectivés.

En tenant compte de tous ces éléments, la capacité de travail est totale sans aucune réduction du rendement.

#### TRAITEMENT

Sur le plan de la médecine interne, l'assurée n'a pas de traitement. Il serait bon toutefois de tenter un nouvel essai avec le C-PAP [Continuous Positive Airway Pressure] afin d'améliorer la fatigue.

Sur le plan rhumatologique, l'assuré[e] prend un chondroprotecteur et un antalgique épisodique, ce qui est conforme pour gérer une arthrose modérée au niveau de la nuque et du dos. Pour sa cheville droite, une prise en charge est en cours auprès du CHUV.

Sur le plan psychique, sur le plan thérapeutique si l'expertisé[e] se montre compliant, mais la réalité est que depuis 2007 le tableau clinique n'a guère évolué, qu'il se pose la question de l'utilité d'un suivi spécialisé, car celui-ci se limite à un soutien.

#### READAPTATION

Sur le plan de la médecine interne, il n'y a pas de pathologie qui interfère avec une éventuelle réadaptation.

Sur le plan rhumatologique, une réadaptation professionnelle est raisonnablement exigible.

Sur le plan psychique, la dysthymie n'interfère pas avec une éventuelle réadaptation.

#### COHERENCE

Sur le plan de la médecine interne, pas de discordance.

Sur le plan rhumatologique, l'expertisée n'est pas vraiment démonstrative et il existe une cohérence entre les constats cliniques et radiologiques.

Sur le plan psychique, il y a un léger décalage entre les plaintes et les constats cliniques, mais pas vraiment de comportement démonstratif et encore moins de majoration symptomatique.

CAPACITE DE TRAVAIL

Sur le plan de la médecine interne, la capacité de travail est préservée.

Sur le plan rhumatologique, la capacité de travail est globalement préservée dans une activité d'ouvrière en usine.

Sur le plan psychique, la capacité de travail est totale.”

Les experts ont expliqué les motifs qui les ont conduits à retenir certains diagnostics et à en écarter d'autres, puis à les considérer comme non incapacitants.

Au plan somatique, ils ont constaté un syndrome d'apnées du sommeil non appareillé avec une ronchopathie à l'origine d'une fatigue. Ils étaient favorables à un nouvel essai avec le C-PAP afin d'améliorer la fatigue. Le score d'Epworth de 15/24 ne représentait cependant pas un caractère incapacitant.

En présence d'examens normaux les céphalées présentées ont été considérées comme étant des céphalées de tension.

S'agissant des cervicalgies modérées, prédominant du côté gauche, une IRM cervicale de 2009 ne montrait que des discopathies débutantes C4-C5, C5-C6, sans hernie discale et sans conflit disco-radulaire. Etant donné l'absence de limitations dans les activités de la vie quotidienne ou de déclenchement par des efforts ou des mouvements particuliers, ces cervicalgies modérées sur troubles dégénératifs débutants n'étaient pas handicapantes au plan professionnel.

Concernant les brachialgies gauches, la symptomatologie évoquée affirmée à l'examen clinique avec un Tinel positif a confirmé une suspicion de tunnel carpien sans élément pour une atteinte radulaire. L'absence d'hypoesthésie ou d'atrophie au niveau de la main et le caractère épisodique des douleurs rendaient cette symptomatologie, en l'état, non handicapante.

En ce qui concerne les mains, une arthrose digitale touchant la base des deux pouces mais également les interphalangiennes distales justifiait des limitations dans des activités nécessitant des forces de préhension ou des activités manuelles fines. Toutefois, dans une activité de manutention légère ne nécessitant pas une force de préhension importante ni une pince bidigitale significative, ces pathologies n'entraînaient pas de gêne fonctionnelle.

Sur la base des dernières investigations au CHUV, il a été constaté une synovite villo-nodulaire de la cheville droite. Cette pathologie restait modérément handicapante. Au vu de la limitation du périmètre de marche à environ quinze minutes à vingt minutes et la position debout statique à une demi-heure avec difficultés à monter les escaliers décrites, les experts ont estimé qu'il se justifiait de retenir comme limitations d'éviter des activités nécessitant de marcher fréquemment ou d'être en position debout prolongée. Toutefois, dans une activité de manutention légère exercée en position assise, les douleurs de cheville n'entraînaient pas d'incapacité de travail. Il a également été relevé que le dernier rapport du CHUV datant de juillet 2017 évoquait une consultation chirurgicale vraisemblablement pour discuter d'une synovectomie chirurgicale susceptible d'entraîner une incapacité de travail transitoire.

Au plan psychiatrique, la dysthymie diagnostiquée a été qualifiée d'intensité légère par les experts. En effet, seule une altération modérée dans le fonctionnement quotidien de l'assurée qui semblait avant tout liée à sa fatigue, avec une atteinte modérée de l'endurance, a été observée ; il n'y avait pas de trouble de la personnalité et la capacité d'agir avec autrui était conservée, l'intéressée gardait un bon contrôle des affects et des pulsions et les capacités volitionnelles et adaptatives étaient conservées (rapport d'expertise du 24 octobre 2017 p. 28).

Les experts ont dûment motivé leurs conclusions et, s'en tenant à leur rôle, ont distingué les éléments subjectifs basés sur les plaintes exprimées et leurs propres constatations médicales pour évaluer la capacité de travail. Concluant unanimement à l'absence d'atteinte

significative à la santé physique et psychique, ils ont retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée (soit pour rappel, une activité de manutention légère préférentiellement en position assise, en évitant une position debout statique prolongée et ne nécessitant pas une force de préhension importante ni une pince bidigitale significative). L'expertise ne souffre pas de contradictions ni de défauts manifestes.

**c)** Les pièces médicales établies postérieurement au rapport d'expertise pluridisciplinaire du K. \_\_\_\_\_ d'octobre 2017 dont se prévaut la recourante ne permettent pas de mettre en doute les conclusions de celle-ci.

Au plan somatique, dans son rapport du 21 mai 2019, le Dr N. \_\_\_\_\_ fait part d'une atteinte au genou droit d'origine mixte (déchirure méniscale et gonarthrose) mise en évidence lors d'un bilan radiologique (radiographies le 29 octobre 2018 et IRM le 28 août 2018) et préconise un traitement conservateur. Notant un genou pas stabilisé avec des alternatives thérapeutiques encore présentes, ce médecin n'atteste aucune incapacité de travail du chef de cette atteinte orthopédique. Le 11 février 2019, au pied de sa réplique, la recourante a, pour sa part, annoncé le dépôt d'une nouvelle demande de prestations en lien avec son affection au genou. Ce faisant, elle convient elle-même qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte dans le cadre de la présente cause. De toute manière, une telle atteinte ne modifierait vraisemblablement pas ses restrictions fonctionnelles de manière significative.

De son côté, le Professeur J. \_\_\_\_\_ indique que la suspicion de synovite villo-nodulaire ne s'est pas confirmée à la biopsie. Lors de son intervention du 27 février 2018 sur la cheville droite, ce chirurgien a noté une usure sévère d'une partie du cartilage, les atteintes étant décrites discrètes à modérées. Il a constaté une arthrose déjà marquée de la cheville droite. S'agissant des capacités fonctionnelles de l'assurée, excluant un travail de force comportant des positions debout prolongées ou alors des déplacements fréquents et de longue durée, le Professeur J. \_\_\_\_\_ affirme en revanche qu'« une activité sédentaire, voire alternée

légère pourrait être réalisable à 100% si l'on ne prend en considération que l'affection de la cheville droite » (rapport du 5 novembre 2018). Cette évaluation est confirmée par un rapport du 1<sup>er</sup> avril 2019 de l'Hôpital orthopédique du CHUV où il est écrit que les atteintes à la cheville droite (arthrose à prédominance médiale) et au pied gauche (probable arthrose du Lisfranc débutante avec un amincissement de l'interligne articulaire notamment au niveau de la TMT 2 et 3) dont se plaint la recourante, peuvent être soulagées par le port de chaussures adaptées. Aussi, les atteintes à la cheville droite et au pied gauche, compensées, ne sont pas de nature à remettre en question les limitations fonctionnelles retenues ; au contraire, elles s'accordent avec les restrictions des marches fréquentes et de la position debout prolongée de plus d'une demi-heure d'affilée (rapport du 11 décembre 2017 du Dr X. \_\_\_\_\_, du SMR p. 1).

Les céphalées de tension connues de longue date ont dûment été prises en compte par les experts à l'automne 2017. Les migraines pour lesquelles la patiente présente des crises récidivantes et consulte par intermittence au CHUV (rapport du 2 septembre 2019 du Dr U. \_\_\_\_\_), de par leur nature occasionnelle, ne permettent pas d'attribuer un caractère invalidant au trouble diagnostiqué.

Toujours sur le plan somatique, le syndrome d'apnées du sommeil modéré à sévère, les cervicalgies modérées sur troubles dégénératifs débutants, l'arthrose digitale modérée et la suspicion d'un syndrome du tunnel carpien gauche évalués comme non incapacitants en octobre 2017 par les experts ne sont pas rediscutés. Pour le reste, les troubles de la mémoire annoncés ont été investigués en 2015 - 2016 ; ainsi, dans leur rapport du 2 mars 2016, les médecins du Centre [...] de la [...] - CHUV ont retenu le diagnostic de trouble cognitif léger, exécutif et attentionnel d'origine thymique et ceux secondaires de dépression chronique traitée, migraine et polyalgie chronique sans précision. Pour ces spécialistes il n'existait aucun argument en faveur d'une maladie neurodégénérative à la lumière des examens d'imagerie cérébrale et de la ponction lombaire effectués qui étaient normaux. Le 2 septembre 2019, le

Dr U.\_\_\_\_\_ confirme à son tour l'absence d'élément évoquant une maladie d'Alzheimer à ce stade.

Sur le versant psychique, alors que le 7 mai 2018 le Dr F.\_\_\_\_\_ évoque un état dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), dans son rapport du 3 octobre 2019 le Dr Z.\_\_\_\_\_ fait part d'une aggravation sous la forme d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et d'une personnalité dépendante (F60.7) entravant la reprise d'une activité professionnelle. Outre qu'elle serait intervenue en 2019 et donc postérieure à la décision attaquée du 20 septembre 2018, cette aggravation paraît plus procéder d'une appréciation divergente d'un état de fait clairement posé sur le plan médical. D'autre part la survenue d'un trouble de la personnalité chez une assurée âgée de cinquante-quatre ans (dépendance totale au mari) laisse perplexe. Les experts ont en effet constaté que les ressources de l'intéressée étaient préservées « même si elle se fait aider par son mari » (rapport d'expertise du 24 octobre 2017 p. 28). En tout état de cause, l'aggravation annoncée par les psychiatres traitants aurait dû entraîner un renforcement du traitement. Or le traitement médicamenteux (Venlafaxine® ER, 75 mg et Venlafaxine® 37,5 mg / une fois par jour) n'a pas été modifié (cf. rapport du 2 mai 2016 de la Dre R.\_\_\_\_\_ d'I.\_\_\_\_\_). Le Dr P.\_\_\_\_\_ a, quant à lui, expertisé l'assurée en 2007 et 2008. Dans le second rapport, il retient en particulier une dysthymie et évalue la capacité de travail à 100% au moment de la rédaction de son expertise, soit en février 2008. Cela étant, l'avis isolé du Dr Z.\_\_\_\_\_ ne fait mention d'aucun élément pertinent antérieur à la décision attaquée qui aurait échappé aux experts, dont l'évaluation circonstanciée doit dès lors être privilégiée. Compte tenu de l'absence de diagnostic incapacitant et, partant, de limitations fonctionnelles, il n'y a pas lieu d'examiner la situation au regard des principes applicables en matière d'évaluation de la capacité de travail en présence de maladies psychiques (cf. ATF 143 V 409 et 143 V 418).

Pour être complet on observera que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant est évoqué comme « antécédent » dans le rapport du 1<sup>er</sup> avril 2019 de l'Hôpital orthopédique du CHUV. Il

avait été considéré comme n'étant pas incapacitant lors de la précédente demande de prestations (avis du 2 décembre 2008 du Dr O. \_\_\_\_\_, du SMR). En 2017, l'expert rhumatologue relève des douleurs relativement localisées (au niveau de la nuque, des mains et de la cheville droite) et pas diffuses, avec pour la plupart des causes organiques et sans discordance, majoration ou de diagnostic de fibromyalgie. Ces éléments excluent *de facto* l'existence d'un syndrome somatoforme douloureux.

La recourante ne fait pas mention d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise ni ne produit de rapports médicaux suffisamment pertinents pour en remettre en cause la valeur probante ou le bien-fondé. On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées des experts du K. \_\_\_\_\_, étant souligné que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 24 octobre 2017 remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante (cf. consid. 3f supra). Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse approfondie du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées par la recourante, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations complètes, il contient une appréciation claire de la situation par des spécialistes chevronnés dans leur domaine respectif et aboutit à des conclusions médicales minutieusement motivées et exemptes de contradictions. Celles-ci peuvent donc être suivies.

**d)** Ainsi, à la date de la décision litigieuse du 20 septembre 2018, l'état de santé de la recourante ne s'est pas modifié depuis la décision de refus du 17 mars 2009 entrée en force, dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

**6.** Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. En application du principe de l'appréciation anticipée des preuves, il y a lieu d'admettre que l'administration de preuves supplémentaires – en particulier la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire judiciaire telle que requise – ne serait pas de

nature à modifier les considérations qui précèdent et s'avère par conséquent superflue (cf. ATF 144 II 427 consid. 3.1.3, 140 I 285 consid. 6.3.1, 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c, 120 Ib 224 consid. 2b, et 119 V 335 consid. 3c avec la référence).

**7. a)** Mal fondé le recours doit dès lors être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que cette dernière a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

**c)** N'obtenant pas gain de cause, la recourante, bien qu'assistée d'un mandataire qualifié, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

**d)** Par décision de la juge instructrice du 29 octobre 2018, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 26 octobre 2018 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Olivier Carré. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 3 février 2020 pour la période depuis le 15 octobre 2019 compte tenu d'une décision de taxation intermédiaire du 12 novembre 2019 pour la période du 26 octobre 2018 au 14 octobre 2019. Il s'agit en l'occurrence d'une heure et trente-et-une minutes d'avocat à 180 fr. de l'heure, soit 273 fr., montant auquel il convient d'ajouter un montant forfaitaire de débours par 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en

matière civile ; BLV 211.02.3]), soit 13 fr. 65. Au final, le montant de l'indemnité de Me Carré est arrêté à 308 fr. 70 (273 fr. + 13 fr. 65 + 22 fr. 05 [286 fr. 65 x 7.7 %]), débours et TVA compris.

**e)** La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] ; art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 20 septembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Il n'est pas alloué de dépens.
- IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- V.** L'indemnité d'office de Me Olivier Carré, conseil de la recourante, est arrêtée pour la période depuis le 15 octobre 2019 à 308 fr. 70 (trois cent huit francs et septante centimes) TVA comprise.
- VI.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Olivier Carré (pour S. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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).

Le greffier :