

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 mars 2024

Composition : M. PARRONE, président
M. Neu et Mme Berberat, juges
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 17 et 61 LPGA

E n f a i t :

A. **a)** R._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 197[...], agente de surveillance auprès de la M._____, a été victime d'un accident de la circulation routière le 30 avril 2007. Elle n'a pas repris son travail depuis lors et a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 25 janvier 2008.

L'OAI a confié une expertise pluridisciplinaire, conjointement avec l'assureur-accidents de l'intéressée, au X._____. Dans un rapport du 15 janvier 2009, les Drs X.R._____, spécialiste en rhumatologie, X.N._____, spécialiste en neurologie, et X.P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics d'entorse cervicale bénigne le 30 avril 2007 et de discopathies cervicales C4-C5 et C5-C6. Ils ont retenu que l'assurée avait retrouvé une capacité totale de travail six mois après l'accident, sans limitation.

Par décision du 13 octobre 2009, confirmant un projet du 23 avril 2009, l'OAI a refusé la demande de prestations, en se fondant notamment sur le rapport d'expertise précité.

b) Statuant sur un recours de l'intéressée, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a confirmé cette décision (AI 539/09 - 452/2010 du 8 novembre 2010). Le Tribunal fédéral a rejeté le recours de l'assurée contre l'arrêt cantonal (TF 8C_99/2011 du 26 août 2011).

B. L'assurée a travaillé en qualité d'aide-laborantine à 50 % auprès du laboratoire V._____ du 1^{er} septembre 2010 au 31 août 2012, date pour laquelle elle a été licenciée.

Le 24 février 2014, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, en indiquant avoir fait une dépression à la suite de mobbing.

Dans un rapport du 17 mars 2014, le Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a expliqué suivre l'assurée depuis 2012. A cette époque, elle présentait un état dépressif sévère consécutif à du mobbing. Elle travaillait à mi-temps et effectuait en parallèle une formation d'aromathérapie. Après son licenciement, les autorités de chômage avaient exercé une pression qui avait rendu la poursuite de cette formation impossible, avec un impact négatif sur l'affect de la patiente. Actuellement, elle était en arrêt de travail à 100 % en raison d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique.

Le 11 avril 2014, en réponse aux questions de l'OAI, le Dr B._____ a indiqué que la capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle d'aide-laborantine était actuellement totale [recte : nulle], mais au mieux de 50 %. Dans une activité adaptée, soit après la fin de sa formation en aromathérapie, cette capacité s'élevait à environ 50 %. Les limitations fonctionnelles consistaient en des séquelles de l'accident de 2007 avec des douleurs multiples et une thymie dépressive.

L'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique auprès du Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Celui-ci a examiné l'assurée le 27 janvier 2016 et a eu un contact téléphonique avec le Dr B._____ le 1^{er} février 2016. Dans un rapport du même jour, il a retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen et de trouble mixte de la personnalité. L'épisode dépressif générait une diminution du rendement en raison du sentiment de fatigue et de fatigabilité, ainsi que des difficultés à se concentrer. La capacité de travail dans l'activité habituelle était réduite à 50 % depuis le mois d'avril 2012. Le Dr D._____ a précisé que l'état de santé de l'assurée n'était pas définitivement fixé et a suggéré une révision à douze mois.

Par décisions des 24 juin et 16 septembre 2016, confirmant un projet du 24 mars 2016, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une demi-rente dès le 1^{er} août 2014, fondée sur un degré d'invalidité de 50 %. Il a retenu une incapacité de travail de 50 % dans toute activité professionnelle.

C. a) Dans le cadre d'une procédure de révision initiée par l'OAI, l'assurée a complété le 23 mai 2017 un questionnaire en indiquant que son état de santé s'était légèrement dégradé.

Dans un rapport du 9 juin 2017 à l'OAI, la Dre K._____, spécialiste en rhumatologie, a indiqué avoir vu l'assurée en consultation en 2017. Elle a notamment posé les diagnostics de discret trouble de la statique rachidienne, de discret pincement fémoro-tibial interne, et ajouté qu'elle avait relevé la présence des points douloureux fibromyalgiques. Elle a annexé un rapport qu'elle avait adressé le 8 mars 2017 à la Dre U._____, spécialiste en médecine interne générale, dans lequel elle notait une accentuation de la symptomatologie douloureuse, des sensations de malaise, accompagnées de symptômes subjectifs importants tels que des fourmillements, voire des brûlures. Le contexte douloureux chronique s'associait à une situation difficile, avec la perte de tout emploi. Tous les points fibromyalgiques étaient présents.

Dans un rapport à l'OAI du 16 juin 2017, le Dr B._____ a expliqué avoir attesté une incapacité totale de travail depuis le 14 avril 2014. Il a retenu un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. La capacité de travail exigible était nulle dans l'activité habituelle, et de « 50 % au mieux » dans une activité adaptée, après une formation. Le pronostic dépendait du succès de la formation en aromathérapie, mais était réservé de façon globale. Les limitations fonctionnelles consistaient en de la fatigabilité et des difficultés physiques. La patiente présentait actuellement une tristesse, de l'angoisse, une perte d'élan vital, de la fatigue, des difficultés de concentration, des douleurs et un sentiment général d'épuisement.

Dans un rapport du 15 août 2017 à l'OAI, la Dre K._____, a précisé avoir vu l'assurée en consultation à deux reprises, les 24 février et 7 avril 2017. Elle a posé les diagnostics de persistance d'un contexte douloureux touchant essentiellement le rachis cervical avec symptomatologie subjective et paresthésies distales en légère amélioration, surtout au niveau des membres supérieurs, ainsi que de persistance d'une souffrance rachidienne, plus modérée thoraco-lombaire. La Dre K._____ ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail. Elle a néanmoins précisé que l'assurée devait éviter le port de charges de plus de 2 kg de façon répétitive, tout port de charges au-delà de l'horizontal, l'antéflexion du rachis prolongée et les mouvements d'extension du rachis cervical, surtout accompagnés de rotation.

Dans un courrier du 4 septembre 2017 à la Dre U._____, le Dr Q._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a notamment posé les diagnostics de cervico-brachialgies chroniques dans le cadre d'une entorse cervicale de type « coup du lapin » le 30 avril 2007 et d'un syndrome du défilé thoraco-brachial bilatéral, de dorsolombalgies intermittentes dans le cadre d'un syndrome dorsolombovertébral, de lombosciatalgies L5 à gauche anamnestiquement déficitaires sur le plan moteur vers 2010, de traumatisme du genou droit en 2016 avec syndrome fémoro-patellaire bilatéral à prédominance droite avec une possible méniscopathie interne droite et tendinite rotulienne associée, ainsi que d'épisode dépressif récurrent, notamment en 2012 et 2014.

Le 29 septembre 2017, la Dre U._____ a posé les diagnostics de dépression et de lombalgies - discopathie L5-S1. La patiente n'exerçait pas d'activité lucrative et une augmentation n'était ni possible ni exigible. S'agissant des limitations fonctionnelles, la Dre U._____ a renvoyé aux appréciations de ses confrères. Elle a joint un rapport établi le 15 février 2017 à la suite d'une radiographie du genou droit, constatant une rotule bipartite, sans évidence de fracture ni signe d'arthrose, mais avec une suspicion d'un épanchement intra-articulaire.

Le 13 novembre 2017, le Dr Q. _____ a repris les diagnostics somatiques décrits dans son courrier du 4 septembre 2017. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais d'environ 50 % dans une activité adaptée, soit un travail évitant les positions statiques, le port de charges de plus de 5 kg, les escaliers, les positions accroupie et agenouillée, les activités au-dessus du niveau des épaules, ainsi que les activités répétitives avec les membres supérieurs. La patiente a en outre indiqué à son médecin qu'elle souhaitait terminer sa formation d'aromathérapie, ce qui était cohérent avec ses limitations selon le Dr Q. _____.

Par avis médical du 12 juin 2018, le Dr H. _____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a relevé que les constatations concernant le genou droit n'évoquaient pas d'atteinte durablement incapacitante. Les status cliniques et les examens radiologiques récents étaient comparables à ceux rapportés en 2009, sans évolution dégénérative significative au niveau du rachis. Le fait que le syndrome douloureux en lien avec l'entorse cervicale bénigne connue de longue date soit assimilable à un trouble somatoforme, tout comme la présence des points fibromyalgiques rapportés par la Dre K. _____, indiquait que l'évolution de l'état de santé global était à mettre en relation avec l'évolution de l'état psychique. Le rapport du psychiatre traitant ne permettait pas de retenir une modification de l'état psychique, aucune nouvelle limitation fonctionnelle psychique n'étant annoncée. Les limitations somatiques retenues par les rhumatologues constituaient donc une appréciation différente d'un même état de fait. Il n'y avait pas de nouveaux éléments médicaux rendant vraisemblable une modification significative de l'état de santé.

Par communication du 19 juin 2018, l'OAI a annoncé à l'assurée que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente, de sorte qu'elle continuait de bénéficier de la même rente, fondée sur un degré d'invalidité de 50 %. Il a expliqué qu'en cas de désaccord avec cette communication, elle pouvait requérir une décision sujette à recours dans les trente jours.

A la demande de l'assurée, désormais représentée par Me Joël Crettaz, avocat à Lausanne, l'OAI a prolongé le délai précité afin qu'elle puisse transmettre de nouveaux documents médicaux.

Le 19 octobre 2018, dans le délai imparti, l'assurée s'est opposée à cette communication et a requis, le cas échéant, la notification d'une décision. Elle a joint un courrier adressé par le Dr B. _____ à son mandataire le 25 septembre 2018. Le psychiatre expliquait que dans le formulaire du 16 juin 2017 notamment, il avait évalué la capacité de travail de sa patiente dans l'activité d'aromathérapie. Malheureusement, vers la fin de l'année 2017, il s'était avéré que la chance d'aboutir dans cette formation était complètement éteinte. Parallèlement, elle avait présenté une nette aggravation de l'état dépressif avec des pleurs, une tristesse, une perte d'espoir, un manque de confiance en soi, des troubles du sommeil, ainsi qu'une aggravation de la symptomatologie somatique douloureuse avec une multiplication d'interventions de différents médecins. La péjoration s'était poursuivie malgré une prise régulière de Cipralex, d'antalgique et les consultations à son cabinet. Il avait été contraint d'attester une incapacité totale de travail depuis début « décembre 2012 », probablement à long terme. Le Dr B. _____ suggérait l'octroi d'une rente entière.

Il ressort d'un compte-rendu d'une discussion du 29 mars 2019 entre une collaboratrice de l'OAI et le Dr H. _____, qu'à la question de savoir si le nouveau rapport du Dr B. _____ était suffisant pour une révision, le médecin a répondu « non ». A la question « peut-on admettre une aggravation de l'état de santé ? Si oui, depuis quand ? », le médecin a indiqué qu'il n'y avait pas d'élément nouveau lui permettant de revoir sa position. Enfin, s'agissant de la nécessité d'une nouvelle investigation psychiatrique, le médecin a répondu « non au vu de ce qui précède » (cf. compte-rendu de la permanence SMR indexé le 1^{er} avril 2019).

Par décision du 24 mai 2019, l'OAI a refusé l'augmentation de la rente d'invalidité. Il a expliqué que l'assurée avait signalé, le

19 octobre 2018, une péjoration de son état de santé. Les éléments apportés ne permettaient pas de rendre compte d'une aggravation objective de l'état de santé. La capacité de travail demeurait fixée à 50 % dans toute activité. Le degré d'invalidité donnait droit à la même rente que celle versée jusqu'ici.

b) Par acte du 2 juillet 2019, R._____, toujours représentée par Me Crettaz, a interjeté un recours auprès de la Cour des assurances sociales à l'encontre de la décision susmentionnée, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants. L'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision du 24 mai 2019.

Dans le cadre de la procédure, l'intimé a produit un rapport du Dr Q._____ du 11 octobre 2019. Ce dernier expliquait que, depuis le début de son suivi, en août 2017, divers traitements avaient été instaurés, avec peu de bénéfice. Il constatait une dégradation progressive de la situation, surtout sur le plan thymique, rendant toute nouvelle tentative de mesure peu utile. Cette observation semblait partagée par le Dr B._____. Le Dr Q._____ ajoutait que sa patiente était actuellement incapable de travailler.

Par arrêt du 8 juillet 2020, la Cour (AI 251/19 - 227/2020) a admis le recours, annulé la décision du 24 mai 2019 et renvoyé le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. En substance, la Cour a retenu que le Dr B._____ avait bel et bien attesté une péjoration de l'état sur le plan psychique dans son rapport du 25 septembre 2018, alors que le SMR avait écarté ce document sans que l'on comprenne pourquoi et exclu sommairement une modification significative de la situation de l'assurée en retenant que l'évolution de l'état de santé global était à mettre en relation avec l'état psychique, lequel ne s'était pas modifié. La Cour a considéré que l'OAI ne pouvait pas se contenter de retenir que les éléments apportés n'étaient pas suffisants pour rendre compte d'une aggravation objective de l'état de santé de l'intéressée. Au contraire, il existait un important doute sur

l'évolution de l'état de santé psychique et somatique, les éléments figurant au dossier ne permettant toutefois pas de statuer en toute connaissance de cause, si bien qu'une expertise bidisciplinaire, comprenant un volet rhumatologique et psychiatrique, était nécessaire.

D. **a)** Reprenant l'instruction de la cause, l'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire de rhumatologie et de psychiatrie confiée au Centre E. _____ par communication du 26 novembre 2020.

Le Dr E.R. _____, spécialiste en rhumatologie, et le Dr E.P. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont procédé aux examens utiles les 19 et 21 janvier 2021 dans les locaux du Centre E. _____ à [...] (convocation du 7 décembre 2020), complétés par des analyses de laboratoire le 19 janvier 2021, et rendu leur rapport le 2 mars 2021.

Les experts ont posé et évalué les diagnostics suivants, ayant ou non une incidence sur la capacité de travail (pp. 4-5) :

4.2. Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

- Douleur du genou droit secondaire à un syndrome fémoro-patellaire, M22.2
- Névralgie d'Arnold à gauche, G52.8
- Douleur sur syndrome cervico-brachial bilatéral chronique sur entorse cervicale ancienne avec
- discopathie C4-C5 et C5-C6, M51.3
- Dorsalgies et lombalgies intermittentes et variables.
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, F33.11
- Trouble mixte de la personnalité, F61.0
- Syndrome douloureux somatoforme persistant, F45.4

4.3. Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

Douleur du genou droit secondaire à un syndrome fémoro-patellaire : douleurs à la montée et à la descente des escaliers, au positionnement en position accroupie ou agenouillée. De ce fait, les limitations fonctionnelles sont : travail qui doit éviter les positions à genoux ou accroupie. Le travail en hauteur (échelle, escabeau,

tabouret, échafaudage) doit être évité, comme la montée et la descente d'escalier répétées, ou le piétinement prolongé.

Névralgie d'Arnold à gauche : douleurs à la palpation de la fossette d'Arnold.

Douleur sur syndrome cervico-brachial bilatéral chronique sur entorse cervicale ancienne avec discopathie, se traduisant par des douleurs à la rotation du rachis, et une contracture musculaire des trapèzes, prédominant à gauche.

Ces deux derniers diagnostics rhumatologiques entraînent des limitations fonctionnelles. Le travail ne doit pas entraîner d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg, pas de porte-à-faux du buste et du rachis cervical, pas de mouvement de rotation du rachis cervical répété, ou de port de charge proche du corps de plus de 5 kg.

Trouble mixte de la personnalité, avec crainte excessive de la critique, comportements passifs agressifs, rigidité de fonctionnement. Le travail doit prendre en considération ces aspects de personnalité pour éviter un vécu de mobbing. Le travail doit être valorisant, peu sujet à critiques. Syndrome douloureux somatoforme persistant.

Épisode dépressif moyen : anhédonie, perte d'élan vital, tristesse humeur, troubles de l'attention, fatigabilité.

Ces deux derniers diagnostics psychiatriques entraînent d'autres limitations fonctionnelles, à savoir travail ne nécessitant pas de prise de décision immédiate, de traitement d'informations simultanées, car cela pourrait favoriser un stress difficile à gérer par l'expertisée. »

Au terme de leur analyse consensuelle du cas, ils ont conclu que la capacité de travail dans l'activité habituelle de laborantine était entière sur le plan rhumatologique et de 50 % sur le plan psychiatrique dès le mois d'avril 2012. Les Drs E.R. _____ et E.P. _____ ont motivé leur appréciation consensuelle de la manière suivante :

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

100 %, d'un point de vue rhumatologique comme aide-laborantine.

100 % jusqu'à avril 2012 d'un point de vue psychiatrique.

À partir d'avril 2012, nous retenons une baisse de rendement psychiatrique de 50 % par temps possible passé au travail de 100 %. La capacité de travail est donc de 50 %. L'envahissement du champ de la pensée par les douleurs, la fatigabilité et un trouble de l'attention expliquent cette baisse de rendement. Le tableau clinique est tout à fait identique à celui retrouvé lors du rapport du 27.01.2016 du Dr D. _____ sur lequel se fonde la décision déterminante concernant la capacité de travail.

4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée

Nous répondons de la même façon car l'activité habituelle respecte les limitations fonctionnelles. »

4.9. Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)

L'incapacité de travail globale est essentiellement psychiatrique, puisque dans une activité adaptée, il n'existe pas d'incapacité rhumatologique. L'incapacité de travail est donc de 50 %, uniquement pour des raisons psychiatriques. »

Dans un avis du 11 mars 2021, le Dr H. _____ du SMR a retenu que l'expertise mise en œuvre ne permettait pas de retenir une modification significative des répercussions incapacitantes de l'état de santé dans l'activité habituelle.

Par projet de décision du 16 mars 2021, l'OAI a informé l'assurée qu'il n'entendait pas réviser son droit à la rente, faute d'aggravation de son état de santé.

Par courrier de son mandataire du 21 avril 2021, l'assurée a présenté ses objections à l'encontre de ce projet. Elle a pour l'essentiel contesté la valeur probante de l'expertise et fait valoir que sa situation s'était aggravée. Sur le plan somatique, elle a soutenu que l'expert rhumatologue n'avait pas expliqué pourquoi la nouvelle atteinte à la santé n'impactait pas la capacité résiduelle de travail de l'intéressée. Sur le plan psychiatrique, l'assurée a argumenté qu'à l'épisode dépressif et au trouble mixte de la personnalité retenus par le Dr D. _____, s'était désormais ajouté un syndrome douloureux somatoforme persistant, lequel n'aurait pas été pris en compte ou dont l'absence de répercussion sur la capacité de travail n'aurait pas été expliquée.

Par courrier du 24 avril 2021, le Dr Q. _____ a pris position sur l'expertise du Centre E. _____. Observant que le diagnostic de syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS, *Thoracic Outlet Syndrome*), n'était pas retenu en raison d'une incohérence entre d'une part les plaintes de sa patiente et d'autre part les constatations cliniques de l'expert et le bilan radiologique, le Dr Q. _____ a critiqué l'examen

clinique mené par l'expert qu'il estimait insuffisant et contradictoire. Il a retenu les diagnostics et limitations fonctionnelles qui suivent :

« R. _____ présente des :

- cervico-brachialgies bilatérales chroniques dans le cadre d'une entorse cervicale de type « coup du lapin » le 30.04.2007, sur syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) neurogène bilatéral, plexopathie cervicale superficielle G et tendinopathie du long chef du biceps G
- dorsolombalgies intermittentes dans le cadre d'un syndrome dorso-lombovertébral
- gonalgies bilatérales à prédominance D sur syndrome fémoro-patellaire et probable méniscopathie

Ces diagnostics doivent faire retenir les restrictions suivantes :

- mouvements répétitifs des membres supérieurs, y compris en zone basse
- activité au-dessus du niveau des épaules et/ou à bout-de-bras
- port de charges au-delà de 2-3 kg
- maintien d'une position statique et/ou de porte-à-faux de la nuque et/ou du tronc
- agenouillement, accroupissement, montée/descente répétitive des escaliers/pentes
- limitation de l'endurance globale à maximum la demi-journée actuellement »

Le Dr Q. _____ en a conclu que la capacité de travail de sa patiente dans ses anciennes « *formations et/ou activités (aide-soignante, serveuse, vendeuse, agente de sécurité, aide-laborantine)* » était nulle. Il a relevé que, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'intéressée devrait être déterminée à l'occasion d'une évaluation en situation, mais resterait quoi qu'il arrive limitée à 50 % sur la base des limitations qu'il énonçait.

Le 5 mai 2021, le Dr H. _____ du SMR a demandé un complément d'instruction.

Le 10 juin 2021, l'assurée a demandé à l'OAI de compléter l'instruction, fournissant un questionnaire à l'attention des experts.

Dans un complément d'expertise du 17 août 2021, les experts du Centre E. _____ ont fait savoir que le caractère diffus des symptômes et des signes neurologiques d'un membre supérieur était un élément suffisamment vague pour évoquer tous les diagnostics possibles impliquant l'appareil neurologique ou pas. Ils ont précisé que les recherches sur un retentissement éventuel d'un TOS avaient été faites à la fois en statique et en dynamique (manœuvres d'Adson, de Wright et de Roos). Ils ont expliqué que le TOS était un diagnostic essentiellement clinique avec des manœuvres, à la fois au repos et dynamiques, qui avaient été effectuées et s'étaient révélées négatives. Ils ont estimé qu'il n'y avait aucun intérêt à des examens complémentaires montrant précisément les scalènes si on ne retrouvait aucun élément probant à l'examen clinique. Les Drs E.P. _____ et E.R. _____ ont estimé que ces points ne nécessitaient pas de modifier les conclusions de l'expertise. Ils ont encore fait savoir que les points spécifiques de fibromyalgie n'avaient pas été retrouvés, si bien que ce diagnostic ne pouvait pas être posé. Sur le plan psychique, ils ont rappelé que la symptomatologie n'avait absolument pas évolué. Si le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant avait été ajouté comme le fruit d'une évaluation propre à l'expert, la symptomatologie était identique et ce diagnostic ne pouvait pas être retenu comme une cause d'incapacité supplémentaire, étant donné que ce ne sont pas les diagnostics qui font les incapacités, mais bien les symptômes.

Dans un avis SMR du 2 septembre 2021, le Dr H. _____ a admis les conclusions des experts qualifiées de précises et convaincantes. Il en a conclu qu'il n'existait pas de modification significative des répercussions incapacitantes de l'état de santé.

Par décision du 14 septembre 2021, l'OAI a confirmé son projet de décision du 16 mars 2021.

b) Par acte du 21 octobre 2021, R. _____ a recouru contre la décision du 14 septembre 2021 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à l'annulation de la décision attaquée et

au versement d'une rente entière. Elle a produit un rapport du 7 octobre 2021 du Dr Q._____, lequel a commenté les critères diagnostiques d'un TOS et a mis en avant la nécessité d'examiner les muscles scalènes, les répercussions d'une contracture musculaire, et la capacité de travail de l'intéressée.

Le 17 janvier 2022, R._____, désormais représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne, a complété son recours du 21 octobre 2021, se référant au rapport du 7 octobre 2021 du Dr Q._____.

Dans sa réponse du 21 février 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Se référant à un nouvel avis médical établi par le SMR le 16 février 2022, l'intimé soutient que le rapport du 7 octobre 2021 du Dr Q._____, lequel discute essentiellement du cas sur le plan du diagnostic, n'apportait pas d'élément permettant de remettre en cause l'objectivité des experts, ni de modifier leurs conclusions sur le plan fonctionnel ou de mettre en doute la qualité de l'examen et l'appréciation des répercussions fonctionnelles des atteintes à la santé.

Par observations spontanées du 1^{er} avril 2022, l'assurée a précisé ses conclusions dans le sens de l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} avril 2017. Dans un premier moyen, l'intéressée critique la prise de position du Dr H._____ du SMR sur le rapport du 7 octobre 2021 du Dr Q._____, lequel aurait dû être soumis aux experts. Elle estime que l'avis du SMR est insuffisant et émane d'un « employé [...] du SMR de l'office », lequel ne disposerait pas des qualifications professionnelles adéquates. Dans un second moyen, elle conteste la valeur probante du volet rhumatologique de l'expertise du Centre E._____, critiquant l'objectivité et les compétences de l'expert, ainsi que la qualité de ses investigations. Elle se réfère aux trois rapports du Dr Q._____ des 20 avril, 2 juillet et 7 octobre 2021, lesquels remettraient en cause le contenu et les conclusions de l'expertise du Centre E._____ au niveau des diagnostics et de leurs conséquences sur

la capacité de travail. Elle se prévaut en particulier du TOS, allégué invalidant, que les experts n'auraient pas retenus. Elle conteste en outre l'avis SMR du 16 février 2022 relevant une erreur diagnostique, laquelle invaliderait l'expertise du Centre E._____. Elle requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire afin de départager les avis médicaux divergents du Dr Q._____ et du Centre E._____.

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. Le litige porte sur l'augmentation, par la voie de la révision, de la demi-rente de l'assurance-invalidité allouée à la recourante depuis le 1^{er} août 2014.

3. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont

produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3), le droit applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 dès lors que la décision administrative litigieuse a été rendue le 14 septembre 2021.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée

que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, 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.

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

5. a) Pour 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 une base importante 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 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) Selon l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la

résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

d) Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2^{bis} LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

6. a) En l'occurrence, il convient d'examiner si le taux d'invalidité de la recourante a subi une modification significative entre les décisions des 24 juin et 16 septembre 2016 – lui reconnaissant le droit à une demi-rente – et la décision litigieuse. Il s'agit en particulier de déterminer sur le plan strictement médical la modification de l'état de santé de l'intéressée et son caractère incapacitant selon les critères requis.

b) Dans un premier moyen (cf. observations spontanées du 1^{er} avril 2021), la recourante fait grief à l'intimé de ne pas avoir soumis le

rapport du 7 octobre 2021 du Dr Q. _____ aux experts et d'en avoir référé au Dr H. _____ du SMR, dont elle remet en cause les qualifications professionnelles et qui a pris position dans un avis du 16 février 2022.

Ce grief doit être rejeté. Premièrement, aux termes de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige et administre les preuves nécessaires. Ce faisant, il n'appartenait plus à l'intimé de mener l'instruction, un éventuel complément d'expertise relevant des compétences du tribunal et non de l'office AI une fois le recours déposé. Aussi, l'opportunité de soumettre le rapport du 7 octobre 2021 du Dr Q. _____ aux experts du Centre E. _____ relève de l'appréciation des preuves (cf. consid. 5b ci-dessus) et se confond ainsi avec le grief relatif à la valeur probante de l'expertise mise en œuvre durant la procédure administrative qui sera examiné ci-après (consid. 6e). Deuxièmement, Il convient de rappeler que les compétences dévolues au SMR consistent précisément à évaluer l'intégralité du dossier, cas échéant à comparer deux situations et à juger l'apparition de nouveaux éléments (consid. 5d ci-dessus ; TF 9C_639/2018 du 3 décembre 2018 consid. 4.1 ; 9C_933/2012 du 16 avril 2013 consid. 4.2). Aussi, le fait que le médecin du SMR, titulaire d'un diplôme fédéral de médecin, ne dispose pas de formation spécifique dans le domaine de la médecine physique ou de la rhumatologie n'est pas pertinent dès lors que sa formation de médecin et son rôle de médecin-conseil lui permettent de comparer deux situations et d'évaluer la présence d'éléments nouveaux. En conséquence, le grief de la recourante au sujet de l'absence de qualifications professionnelles adéquates du Dr H. _____ est manifestement infondé.

c) Sur le plan formel, les experts ont tous deux rencontré la recourante individuellement, examens ayant fait l'objet de deux rapports détaillés, puis confronté leurs conclusions au cours d'un consilium qui a fait l'objet d'un rapport de synthèse dans lequel ils ont consensuellement évalué l'état de santé, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de la recourante. De surcroît, les experts ont fondé leur appréciation sur le dossier médical de l'intéressée, lequel a été

intégralement examiné, et ont procédé à une anamnèse familiale, personnelle et professionnelle, ainsi qu'à une analyse du contexte psychosocial dans lequel la recourante évoluait. Ils se sont encore renseignés sur ses habitudes, sa vie quotidienne, ses loisirs et son emploi du temps. Ils ont en particulier fait état de manière circonstanciée de ses plaintes et les ont prises en compte dans leur appréciation. Ils ont en outre pris position sur le rapport du Dr Q._____ du 24 avril 2021 et les questions soumises par le SMR dans un complément d'expertise. Ainsi, le rapport d'expertise est complet et structuré, si bien qu'il respecte les exigences de forme relatives à un tel document.

d) Le volet psychiatrique de l'expertise du Centre E._____, réalisé par le Dr E.P._____, n'est pas contesté. Il a permis de constater la stabilité de l'état de santé de la recourante par rapport à la première expertise réalisée par le Dr D._____ (rapport du 1^{er} février 2016). L'expert psychiatre a retenu les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11), de trouble mixte de la personnalité (F61.0) ainsi que de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Le Dr E.P._____ a retenu que la présentation clinique était absolument identique à celle retrouvée dans le cadre des examens effectués par le Dr D._____. Il n'y avait donc aucune modification de l'état de santé sur le plan psychique. Le Dr E.P._____ a répondu comme il suit aux questions concernant la capacité de travail (p. 13) :

« Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

La capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici est de 100 % jusqu'à avril 2012. À partir d'avril 2012, nous pouvons considérer qu'il existe une baisse de rendement de 50 % par temps possible passé au travail de 100 %. La capacité de travail est donc de 50 % en raison d'un envahissement du champ de la pensée par les douleurs, d'une fatigabilité et d'un léger trouble de l'attention.

Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré

L'activité habituelle répond aux exigences des limitations fonctionnelles. Le travail doit être maîtrisé, sans prise de décision immédiate, sans traitement d'informations simultanées. Le travail doit prendre en considération les aspects de personnalité, et l'expertisée ne doit pas être sujette à critiques. Dans son travail de laborantine, les critiques perçues par une personne désignée ont été

à l'origine de son vécu de mobbing. Le travail de laborantine en soi ne peut pas être considéré comme ne respectant pas les limitations fonctionnelles, car les rapports hiérarchiques étaient dégradés spécifiquement concernant le laboratoire V._____. Par conséquent la capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assurée est la même que celle décrite ci-dessus. »

On constate que le Dr E.P._____ a déterminé l'impact de l'atteinte psychique sur la capacité de travail de la recourante en tenant compte de la gravité des symptômes présentés et des autres indicateurs pertinents (pp. 10-12). Il a listé en détail les capacités et ressources de l'intéressée, estimant qu'elle disposait d'une faible capacité d'introspection, d'une persévérance amoindrie, d'un trouble de la flexibilité mentale et de la planification inhérent aux atteintes cognitives, de difficultés dans le contact (forme de sensibilité donnant un ressenti d'agressivité) qu'elle ne pouvait travailler avec les autres qu'à condition d'être dans une ambiance positive et protectrice et qu'à défaut, elle se sentirait rapidement déstabilisée avec un risque de rechute dépressive (p. 12). Son appréciation prend ainsi dûment en compte les indicateurs applicables, selon la jurisprudence, à l'évaluation du caractère invalidant d'une affection psychique (cf. consid. 5c supra). Il confirme ainsi de manière convaincante l'absence d'évolution depuis l'expertise réalisée par le Dr D._____, ce qui n'est d'ailleurs pas contesté en procédure et mérite d'être confirmé. Aussi, il y a lieu de conclure que la recourante bénéficie d'une capacité de travail de 50 % sur le plan psychiatrique dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles (travail maîtrisé, sans prise de décision immédiate, sans traitement d'informations simultanées et sans critique).

e) aa) La recourante critique le fait que l'expertise rhumatologique ait été effectuée par un médecin « *sans FMH* » qui exercerait en S._____ (UE/AELE). Le grief de l'intéressée au sujet de l'absence de titre FMH du Dr E.R._____ est cependant mal fondé. Premièrement, on observe que ce grief présente un caractère tardif puisque la recourante a eu connaissance du nom de l'expert rhumatologue au plus tard au moment où elle a reçu sa convocation le 7 décembre 2020. Alors représentée par Me Crettaz, elle s'est ainsi rendue dans les locaux

du Centre E._____ à [...] en toute connaissance de cause. Deuxièmement et sur le fond, le diplôme de médecin S._____ (UE/AELE) de l'expert et sa formation postgrade en rhumatologie ont été reconnus en Suisse en 2016 selon le registre des professions médicales. Selon ce registre, on constate également que ce spécialiste dispose d'une autorisation lui permettant de pratiquer la médecine dans le canton de [...] (depuis 201[...]) où se sont déroulés les examens de l'expertise du Centre E._____ (convocation du 7 décembre 2020). De ce fait, les compétences professionnelles du Dr E.R._____ ont été reconnues en Suisse où il est autorisé à pratiquer, et conformément à la jurisprudence, le seul fait que ce médecin ait effectué son cursus à l'étranger n'affecte pas la valeur probante de son rapport (cf. sur ce point ATF 137 V 210 consid. 3.3.2 ; TF 8C_606/2016 du 13 décembre 2016 consid. 4.3 et les références citées). Troisièmement, la Cour de céans ne peut être que surprise de ce grief porté à l'encontre du seul expert rhumatologue quand bien même la recourante ne remet pas en cause l'expert psychiatre, lequel se trouve exactement dans la même situation que son confrère selon le registre des professions médicales (reconnaissance d'un diplôme postgrade S._____ (UE/AELE) en 2018 et autorisation de pratiquer dans le canton de [...] dès 2019). Au demeurant, il n'est pas inhabituel que des médecins pratiquent dans plusieurs pays vu la libre circulation dont ils bénéficient au plan européen (art. 33a LPMed [loi fédérale sur les professions médicales universitaires du 23 juin 2006 ; RS 811.11] ; art. 12 OPMéd [Ordonnance concernant les diplômes, la formation universitaire, la formation postgrade et l'exercice des professions médicales universitaires du 27 juin 2007 ; RS 811.112.0] avec le renvoi à la Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles). Quant au manque d'objectivité de l'expert rhumatologue (cf. observations spontanées du 1^{er} avril 2022 : « *son rapport très orienté AI* »), le grief demeure vague, n'est appuyé par aucun élément objectif au dossier et se confond en substance avec les critiques de la valeur probante de l'expertise rhumatologique, si bien qu'il doit ainsi être rejeté.

bb) Au niveau rhumatologique, la recourante soutient qu'elle serait totalement incapable d'exercer une activité professionnelle. L'office intimé retient au contraire, sur la base de l'expertise du Centre E. _____ et en particulier du volet rhumatologique réalisé par le Dr E.R. _____, que l'intéressée possède une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ostéoarticulaires.

En l'espèce, il y a lieu de constater, à la lecture du rapport du Centre E. _____, et en particulier de l'annexe 2 réalisé par le Dr E.R. _____, que l'expertise réalisée répond en tous points aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante des rapports médicaux. Ce travail repose sur une anamnèse particulièrement détaillée aussi bien sur le plan systémique, familial, que professionnel et social (p. 16). Il contient également les réponses données par la recourante à diverses questions touchant la vie quotidienne (déroulement de la journée, loisirs, relations sociales) de même qu'une description précise de ses plaintes (p. 15) et un résumé des principales pièces médicales à disposition de l'expert (pp. 22-30). L'examen clinique effectué par le Dr E.R. _____ est également soigneusement retranscrit (pp. 17-18).

Le Dr E.R. _____ a posé les diagnostics - avec répercussions sur la capacité de travail - de douleur du genou droit secondaire à un syndrome fémoro-patellaire (M22.2), de névralgie d'Arnold à gauche (G52.8), de douleur sur syndrome cervico-brachial bilatéral chronique sur entorse cervicale ancienne avec discopathie C4-C5 et C5-C6 (M51.3) et celui - sans répercussion sur la capacité de travail - de dorsalgies et lombalgies intermittentes et variables (p. 19).

Sur le plan rhumatologique, le Dr E.R. _____ a évalué l'état de santé de l'assurée et répondu aux questions de l'office AI en ces termes (pp. 20-21) :

« 7.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assurée, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle

Il s'agit d'une expertisée qui a présenté un accident de la voie publique le 30.04.2007 avec douleurs cervicales. L'IRM cervicale réalisée le 23.05.2007 montrait une discopathie C4-C5 débutante, l'absence de protrusion ou de hernie discale, l'absence d'amputation radiculaire et l'absence de lésion osseuse.

La douleur s'est poursuivie et l'expertisée a vu le Dr Q. _____ en août 2007. Ce dernier a posé le diagnostic d'entorse cervicale (whiplash). L'expertisée a ensuite été vue par un chirurgien orthopédique en octobre 2007 qui a confirmé le diagnostic d'entorse bénigne. Ceci a été confirmé par les clichés cervicaux dynamiques, du mois d'octobre 2007, qui n'ont montré aucun listhésis ni modification des alignements vertébraux. Pendant toute cette période, l'expertisée a fait de la physiothérapie.

Son contrat professionnel auprès de la M. _____ a ensuite été résilié le 31.07.2007.

Elle a subi un scanner cervical le 28.05.2008 qui ne montrait pas de lésion traumatique décelable et une image de non-fusion de l'arc postérieur C6. Les images radiologiques sont relues le 29.08.2008 et confirment l'existence d'une discopathie dégénérative C4-C5 et C5-C6, sans aucun signe de compression neurologique.

A nouveau, en septembre 2008, un chirurgien orthopédique conseille la poursuite du traitement par physiothérapie.

L'expertisée subit une expertise X. _____, le 15.01.2009, qui signale que l'état somatique de l'expertisée ne prend en compte qu'une partie de la symptomatologie et que le statu quo ante est obtenu 6 mois après l'accident (le 31/10/2007). La capacité de travail est préservée, entière et sans limitation. Néanmoins, les arrêts de travail se poursuivent.

Le premier refus de rente d'invalidité est statué le 13.10.2009 (...).

L'expertisée fait une nouvelle demande de prestation AI, le 24 février 2014. En décembre 2014, son rhumatologue, le docteur Q. _____, certifie une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Puis l'expertisée subit une expertise psychiatrique à Sion le 01.02.2016. La capacité de travail est fixée à 50% depuis avril 2012, dans une activité identique à celle qu'elle exerçait auparavant.

Une rente à 50% d'invalidité lui est allouée à partir du 01.02.2013.

On remarque une radiographie du genou droit effectuée le 15.02.2017, normale. L'expertisée voit ensuite la Dre K. _____, Rhumatologue, le 08.03.2017 qui constate que tous les points fibromyalgiques sont présents.

Puis l'expertisée est vue en médecine physique et réadaptation en septembre 2017, avec la constatation de syndrome cervico-brachial bilatéral chronique sur entorse cervicale, un syndrome du défilé thoracobrachial bilatéral, des dorso-lombalgies intermittentes, une lombosciatique L5 gauche anamnétique et une douleur du genou droit sur syndrome fémoro-patellaire bilatéral avec une douleur essentiellement du côté droit. La capacité de travail est fixée à 0 % dans l'activité habituelle depuis le 22 août 2017 et la capacité de travail dans une activité adaptée à 50 %.

(...).

7.2 Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison

Il s'agit d'une expertisée qui présente un syndrome cervico-brachial bilatéral sans aucune systématisation et variable dans le temps dans les suites lointaines d'une entorse cervicale bénigne. L'examen de ce jour n'a pas retrouvé de signes de syndrome du défilé thoracobrahial ou du défilé des scalènes. L'examen neurologique a été retrouvé totalement normal mise à part une hypoesthésie globale et non systématisée du membre supérieur gauche. Les manœuvres classiques pour ces pathologies n'ont pas été retrouvées à l'examen. L'examen n'a pas retrouvé non plus de meralgie paresthésique : hypoesthésie à la face externe de la cuisse gauche. sans hyperesthésie au pincer-rouler. Pas de douleur au niveau de l'épine iliaque antérosupérieure.

En revanche, il existe une névralgie d'Arnold du côté gauche avec tous les signes cliniques.

Il n'y a pas d'autres solutions que poursuivre une physiothérapie associée à des antalgiques. La névralgie d'Arnold peut bénéficier de traitement décontractants musculaires et éventuellement d'une infiltration de la fossette d'Arnold.

Le syndrome fémoro-patellaire répond, en général, de façon satisfaisante à la physiothérapie de remusculation isométrique du quadriceps et dynamique des muscles ischio-jambiers.

On ne peut réellement parler de fibromyalgie, mais il existe des douleurs diffuses en particulier dorsales et lombaires, variables, inconstantes sans support anatomique.

7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

Il existe des incohérences entre l'importance des plaintes de l'expertisée et les constatations cliniques et radiologiques objectives. Le discours de l'expertisée a été fréquemment interrompu par des pleurs mais l'expertisée n'a pas opposé de résistance au cours de l'expertise il n'a pas été démonstrative. L'expertisée a été coopérative. Des considérations extra somatiques semblent prééminentes.

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Il s'agit d'une expertise qui assure la totalité des gestes de la vie quotidienne. Elle sort tous les jours promener son chien à plusieurs reprises, elle conduit et elle va faire ses courses à pied ou en voiture. Lorsqu'elle est chez elle, elle fait de l'ordinateur, elle lit et elle fait de la peinture acrylique.

Même si elle n'est pas allée au [...] depuis 2018, elle est en contact régulier avec sa famille ainsi que son frère en [...] et à des amis qui viennent la voir régulièrement.

Elle a les ressources et les capacités pour surmonter ses difficultés, avec des soutiens amicaux et familiaux pour empêcher la douleur de devenir envahissante. Néanmoins, son discours a été fréquemment interrompu par des pleurs.

Exigence du poste dans la sécurité à M. _____ : l'expertisée devait surveiller les magasins, être rarement assise et essentiellement marcher et rester debout.

Exigence du poste comme aide-laborantine : absence d'efforts de soulèvement. alternance régulière de position assise est debout

Limitation fonctionnelle pas d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg, pas de porte-à-faux du buste et du rachis cervical, pas de mouvement de rotation du rachis cervical répété. Port de charge proche du corps limité à 5 kg. Pas de position à genoux ou accroupie, pas de travail en hauteur (échelle, escabeau, tabouret, échafaudage), éviter la montée et la descente d'escalier répéter. Pas de piétinement prolongé.

(...)

Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

100 %. Depuis août 2012 (le contrat a été résilié par l'employeur, le 31 août 2012. pour cause de mobbing et thymie dépressive) et sans changement comme aide-laborantine, mais 0 % dans la sécurité à la M._____.

Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré

100 % depuis toujours et sans changement.

Mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail

Physiothérapie, antalgique et infiltration de la fossette d'Arnold à gauche.

Questions se rapportant au cas précis

Révision

- L'état de santé de l'assurée s'est-il modifié par rapport à la situation médicale décrite dans le dossier sur lequel se fondait la décision déterminante mentionnée ci-dessus ? Quels changements observez-vous dans les constats et les diagnostics ?

Non. L'état est stable depuis des années et le statut clinique et radiologique, comparativement à celui rapporté en 2009, ne montre pas d'aggravation ou de dégénérescence. »

Dans son rapport du 24 avril 2021, le Dr Q._____ avait déjà fait part de ses critiques sur le travail d'expertise. On peut constater que les critiques émises alors correspondent à celles figurant dans son rapport du 7 octobre 2021. Ces remarques ont conduit le SMR à demander un complément d'expertise. Dans leur rapport complémentaire du 17 août 2021 les experts ont répondu comme il suit au questionnaire de l'office intimé et du premier conseil de la recourante en ce qui concerne les atteintes rhumatologiques :

« - *Estimez-vous que la caractéristique diffuse des symptômes et signes neurologiques du MS est davantage un argument en*

faveur d'un diagnostic de TOS que contre celui-ci ? Selon quelle raison médicale justifiez-vous votre position ?

Le caractère diffus des symptômes et signe neurologique d'un membre supérieur n'est pas plus un argument qu'un élément allant contre le diagnostic de TOS. Ceci est un élément suffisamment vague pour évoquer tous les diagnostics possibles impliquant l'appareil neurologique ou pas.

- *Un constat d'amplitudes d'épaules limitées à 125° d'antépulsion rend-il plausible la présence d'un TOS ? Un test de l'abduction sans bloquer l'omoplate vous aurait-il permis de revoir votre appréciation ?*

La recherche d'une amplitude d'épaule, en bloquant l'omoplate, vise à explorer l'articulation gléno-humérale. En allant un peu plus loin dans l'expertise, on peut voir que des recherches sur un retentissement éventuel d'un TOS a été faite à la fois en statique et en dynamique (manœuvres d'Adson, de Wright et de Roos)

- *Un examen des scalènes vous aurait-il permis de modifier votre appréciation ?*

Le syndrome du défilé thoracobrachial est la compression des pédicules vasculo-nerveux lors de la traversée cervico-thoracobrachiale. Le diagnostic est essentiellement clinique avec des manœuvres, à la fois au repos et dynamiques. Ces manœuvres ont été effectuées au cours de cette expertise et se sont révélées négatives. Je n'ai donc pas de raison d'effectuer des examens complémentaires. En l'absence d'éléments cliniques évocateurs, il ne relève pas de l'expert d'effectuer des examens complémentaires. Si, néanmoins, les médecins traitants s'occupant de l'expertisée, désire les réaliser, il en est de leur responsabilité.

Il s'agit de radiographie ou de scanner cervical, d'électromyographie, d'échographie artérielle et veineuse, d'angioscanner 3D ou d'angio I.R.M. qui est l'examen qui montrera avec la plus de précision les scalènes. Il n'y a aucun intérêt à montrer précisément les scalènes si on ne retrouve aucun élément probant à l'examen clinique.

- *Au vu des questions ci-dessus et des réponses apportées, modifiez-vous vos conclusions ?*

Non.

Questions de l'assurée par l'intermédiaire de son avocat

1. *Quels sont les critères diagnostics permettant de retenir, respectivement d'exclure, un TOS neurogène ?*

Le principal critère permettant d'exclure l'existence d'un TOS est la négativité des tests cliniques statiques et dynamiques. En l'absence de ceux-ci, les examens complémentaires n'ont aucune valeur et en particulier l'électromyogramme qui est très peu probant.

(...)

5. Ainsi que le rappelle la Cour des assurances sociales dans son arrêt du 8 juillet 2020 (p. 12), la Dresse K. _____ relevait dans son rapport du 8 mars 2017 avoir constaté la présence de tous les points fibromyalgiques et avait rapporté une aggravation de la symptomatologie douloureuse. Or, dans son rapport, le Dr E.R. _____ exclut la prise en compte d'une fibromyalgie

sans motivation. L'expert doit être invité à se déterminer expressément sur le rapport de la Dresse K. _____ et indiquer en quoi ce rapport lui paraîtrait objectivement inexact.

Les critères diagnostics de fibromyalgie sont maintenant bien documentés selon l'ASAS. Les points spécifiques de fibromyalgie n'ayant pas été retrouvés au cours de cette expertise, ce diagnostic ne peut être posé.

(...)

7. Dans son arrêt précité, la Cour des assurances sociales retenait que les atteintes au genou droit de l'assurée étaient nouvelles. Dans son rapport, le Dr E.R. _____ ne relève pas le fait que ces atteintes sont nouvelles et ne justifie pas les raisons pour lesquelles il estime qu'elles n'impactent en rien la capacité résiduelle de travail de l'assurée.

L'atteinte du genou droit a bien été pris en compte, au cours de cette expertise, puisqu'elle fait l'objet de limitation fonctionnelle précises. »

Ainsi, le Dr E.R. _____ a pris position et a clairement expliqué les examens cliniques auxquels il a procédé, se limitant à trois tests spécifiques du diagnostic de TOS, et pour quelles raisons il a renoncé à de plus amples examens. Il a décrit de manière détaillée pour quelles raisons le caractère diffus des symptômes et les signes neurologiques du membre supérieur n'étaient pas à eux seuls pertinents et a maintenu intégralement ses conclusions. Le rapport du 7 octobre 2021 du Dr Q. _____ reprend en grande partie les critiques auxquelles le complément d'expertise avait déjà répondu. Il fait part de commentaires concernant les critères diagnostiques d'un TOS, la nécessité d'examiner les scalènes, les répercussions d'une contracture musculaire, et la capacité de travail de la recourante sans apporter d'élément nouveau. Son appréciation reste purement théorique ; ce médecin ne présente pas de nouvel élément clinique ou radiologique propre à remettre en cause le status clinique constaté par l'expert E.R. _____. Sur la question du TOS, il apparaît que l'expert a renoncé à de plus amples examens sur la base de l'examen clinique. Sur ce point, force est de constater que le Dr Q. _____ n'a en effet pas commandé de radiographie ou de scanner cervical, d'électromyographie, d'échographie artérielle et veineuse, d'angiogramme 3D ou d'angio-IRM pour obtenir une vision plus précise des scalènes comme suggéré par le Dr E.R. _____ dans son complément d'expertise. Or, ce médecin était habilité à prescrire un ou plusieurs examens

complémentaires ce qu'il n'a pas fait. Aussi, le Dr Q._____ n'apporte aucun élément en faveur d'un status différent que celui retenu par l'expert rhumatologue, si bien que la conduite adoptée par le médecin réadaptateur traitant est contradictoire. Sur le plan fonctionnel, le Dr Q._____ ne remet pas en question les limitations fonctionnelles retenues par les experts. En particulier, il n'explique pas pour quelles raisons les limitations fonctionnelles affectant la recourante causeraient une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'aide-laborantine qui tient compte des limitations fonctionnelles de l'intéressée (rapports des 19 mars et 24 juin 2019), respectivement une incapacité de travail totale en toutes activités (rapport du 30 avril 2021).

La recourante n'apporte pas d'éléments objectivement vérifiables pertinents et détaillés qui n'auraient pas été pris en compte dans le cadre de l'évaluation de la capacité de travail par les experts. La seule critique du diagnostic, au demeurant douteuse, n'est pas suffisante. On constate d'ailleurs que les conclusions du Dr Q._____ sont contradictoires avec la description de la vie quotidienne (assurée qui assure la totalité des gestes de la vie quotidienne, qui sort tous les jours promener son chien à plusieurs reprises, qui conduit, qui va faire ses courses à pied ou en voiture, qui utilise un ordinateur, lit, fait de la peinture acrylique et qui bénéficie de soutiens amicaux et familiaux dans les tâches qui engendrent des douleurs). Les conclusions du Dr Q._____ ne sauraient être remises en cause par les considérations développées par le Dr Q._____ qui tendent à substituer sa propre appréciation à celles des experts et émet des critiques qui relèvent, comme l'indique le SMR, davantage d'un débat scientifique autour de critères diagnostiques absolus que de l'appréciation fonctionnelle qui en résulte. Le dossier ne contient pas ailleurs aucune autre appréciation médicale propre à susciter le doute quant au bien-fondé de l'appréciation de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles par l'expert rhumatologue.

L'appréciation du Dr E.R._____ doit être confirmée. Ce médecin s'est livré à une synthèse rigoureuse, examinant notamment la gravité fonctionnelle de l'atteinte à la santé, la consistance des troubles, la

prise en charge médicale, le pronostic, les capacités et les limitations fonctionnelles et les ressources résiduelles de la recourante. Aussi, il y a lieu de considérer que, sur le plan rhumatologique, la capacité de travail de l'intéressée demeure de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (« *pas d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg, pas de porte-à-faux du buste et du rachis cervical, pas de mouvement de rotation du rachis cervical répété. Port de charge proche du corps limité à 5 kg. Pas de position à genoux ou accroupie, pas de travail en hauteur (échelle, escabeau, tabouret, échafaudage), éviter la montée et la descente d'escalier répéter. Pas de piétinement prolongé* ») auxquelles répond l'activité habituelle d'aide-laborantine.

f) Le dossier est complet. Il permet ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par la recourante, à savoir une nouvelle expertise pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents sur le plan médical ayant pu être constatés à satisfaction de droit dans le cadre de l'expertise judiciaire mise en œuvre et ayant pu être librement appréciés (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3).

g) En définitive, aucun changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité n'est établi au degré de la vraisemblance prépondérante. C'est donc de manière conforme au droit fédéral que l'intimé a maintenu le droit une demi-rente fondée sur un degré d'invalidité de 50 %.

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à

600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu l'issue du litige.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. Me Duc peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office, qu'il convient de fixer, après examen de la liste des opérations présentée le 12 mars 2024 qui peut être globalement suivie, à 1'679 fr. 45, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3^{bis} RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3] ; [8h05 × 180 fr./h + 5 % + TVA 2023] + [10 min. × 180 fr./h + 5 % + TVA 2024]).

b) La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

**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 14 septembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de R. _____ et provisoirement supportés par l'Etat.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

- V.** L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc est arrêtée à 1'679 fr. 45 (mille six cent septante-neuf francs et quarante-cinq centimes), débours et TVA compris.

- 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 d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- Office fédéral des assurances sociales,

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 :