

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 mars 2024

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
M. Piguet, juge, et M. Oppikofer, assesseur  
Greffier : M. Favez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante.

et

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

---

**Art. 17 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.**        **a)** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 19[...], sans formation professionnelle, a travaillé en tant que manutentionnaire et magasinière pour I.\_\_\_\_\_ de 198[...] jusqu'au 31 janvier 2014, date de son licenciement.

Dans un rapport du 30 janvier 2013, le Dr AB.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a mentionné une symptomatologie douloureuse invalidante et fait état de la prescription d'antalgiques et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, lesquels n'avaient pas amélioré les douleurs. Celles-ci persistaient et étaient parfois perçues comme neuropathiques c'est-à-dire avec des dysésthésies dans la face latérale de la jambe droite jusque dans la région tibiale antérieure.

Le 14 mai 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison d'une incapacité de travail à 100 % dès le 24 octobre 2013. Elle a mentionné des douleurs au dos, à la nuque, à la clavicule, aux hanches, une hernie discale et de l'arthrose.

Procédant à l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli des renseignements auprès des médecins consultés par l'assurée ainsi que le dossier constitué par R.\_\_\_\_\_ SA, assureur perte de gain maladie d'I.\_\_\_\_\_, lequel contenait notamment un rapport d'expertise du 19 juin 2014 du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel posait les diagnostics de troubles de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive de gravité moyenne, de probable évolution vers un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique et de personnalité dépendante et estimait qu'une incapacité de travail de 100 % dans toutes activités était alors justifiée. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a réévalué l'assurée le 16 octobre 2014. Dans son rapport du 4 décembre 2014, il posait le

diagnostic de troubles de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive de gravité actuellement légère et les diagnostics différentiels de troubles douloureux associés à la fois à des facteurs psychologiques et une affection générale chronique, ainsi que, au niveau de la personnalité, un état limite du registre dépendant décompensé. Il estimait que la capacité de travail était au minimum de 50 % dès le 1<sup>er</sup> décembre 2014 puis, après la réadaptation du traitement pharmacologique, de 100 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015 dans une activité adaptée à ses compétences, à sa motivation et à ses limitations somatiques objectives.

En raison de douleurs persistantes de la ceinture scapulaire, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a opéré l'assurée le 12 mai 2015. Dans le rapport qu'il a adressé à l'OAI le 31 août 2015, ce chirurgien mentionnait une résection chirurgicale de l'articulation surnuméraire douloureuse coraco-claviculaire avec des suites favorables, retenant une incapacité de travail totale durant la période de convalescence subséquente à l'opération du 12 mai 2015 au 1<sup>er</sup> juillet 2015.

Le 28 septembre 2015, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a attesté d'une incapacité de travail à 100 % en raison d'une gonalgie bilatérale, d'arthropathie à l'épaule droite (status post opération d'un conflit coraco-claviculaire) et de coxalgie bilatérale. Il a indiqué qu'il était « *quasi-impossible* » de déterminer une activité adaptée.

Le 15 octobre 2015, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie a complété un rapport à l'attention de l'OAI. Il a retenu les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'épisode dépressif modéré à sévère avec syndrome somatique (F 32), de troubles de la personnalité mixte dépendante et émotionnellement labile (F 60.9), renvoyant pour les troubles somatiques à ses confrères. Il a fait état, après une discrète amélioration de l'humeur de l'assurée, d'une importante péjoration de l'état anxio-dépressif à mettre en lien avec des démarches pour mettre sa mère en maison de retraite, de l'insécurité quant à son

avenir et avec la fin de son droit aux prestations de l'assureur perte de gain. Il a estimé que sa patiente présentait une incapacité de travail totale.

Le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a examiné l'assurée le 23 juillet 2015. Il a complété le formulaire médical de l'OAI le 15 janvier 2016 (voir aussi son rapport au médecin traitant du 24 juillet 2015), retenant les diagnostics de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent de type fibromyalgie, de syndrome lombo-vertébral sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, de discopathie L5-S1 et de syndrome pertrochantérien d'accompagnement. Il a évalué l'incapacité de travail à 80 % dans l'activité de magasinnière. L'assurée pouvait toutefois exercer une activité adaptée (sans port de charge en porte-à-faux avec long bras de levier) à un taux de 100 %. Il a également préconisé le port d'une ceinture lombaire. Il n'a pas mentionné de troubles psychogènes.

Sur recommandation du Dr P.\_\_\_\_\_, médecin au SMR (avis du 19 février 2016), l'OAI a diligenté une expertise pluridisciplinaire (psychiatrie, rhumatologie et médecine interne), dont le mandat a été confié à E.\_\_\_\_\_ le 28 juillet 2016.

Entretemps, la Dre AA.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a examiné l'assurée. Dans son rapport du 1<sup>er</sup> mars 2016, elle a posé les diagnostics de trouble dépressif, de cervico-lombalgies persistantes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs avec dysbalances musculaires et important déconditionnement musculaire, de troubles statiques plantaires, de syndrome du tunnel carpien bilatéral irritatif, de gonarthrose fémoro-tibiale interne à droite et de status après résection coraco-claviculaire à droite. Elle a observé que sa patiente souffrait de douleurs musculo-squelettiques diffuses prédominant au niveau du rachis, avec des douleurs cervico-scapulaires et lombaires mises en rapport avec des troubles statiques (scoliose structurale), et dégénératifs modérés, son examen clinique ne révélant pas de syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire. Elle a aussi relevé des dysbalances musculaires et un important déconditionnement musculaire. La Dre AA.\_\_\_\_\_ a conclu à un

tableau douloureux diffus et mal systématisé, évocateur d'une fibromyalgie, chez une patiente qui présente un trouble dépressif marqué en rapport avec une situation socioprofessionnelle difficile (perte d'emploi et difficultés financières).

Dans le cadre du mandat d'expertise confié à E.\_\_\_\_\_, le Dr E.M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, la Dre E.R.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et le Dr E.P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont procédé aux examens utiles les 18, 19 et 22 août 2016 . Dans leur rapport du 8 novembre 2016, les experts ont retenu les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de douleurs de l'épaule droite résiduelle après résection de l'articulation acromio-claviculaire droite en mai 2015, de gonalgies bilatérales sur gonarthrose des compartiments internes. Sans répercussion sur la capacité de travail, les experts retiennent un épisode dépressif d'intensité légère sans syndrome somatique (F32.00), prenant une allure chronique depuis fin 2013, des troubles anxieux mixtes (F41.3), depuis le début des années nonante, un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45A), des traits de personnalité dépendante, un syndrome douloureux chronique, un excès pondéral, des allergies saisonnières depuis 2008, une hypertension artérielle traitée depuis 2014, une hernie hiatale et un côlon irritable depuis 2015. Les experts ont estimé que la capacité de travail était nulle dans l'ancienne activité de manutentionnaire. En revanche, l'assurée pouvait exercer, à un taux de 100 %, toute activité légère, plutôt assise, respectant ses limitations fonctionnelles (pas de stations debout prolongées, pas d'escaliers, pas de positions accroupies, pas de ports de charges, pas d'activités répétées avec l'épaule droite).

Le Dr P.\_\_\_\_\_ du SMR s'est rallié aux conclusions formulées par les experts et retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, mais de 100 % dans une activité respectant les restrictions fonctionnelles énoncées (rapport SMR du 28 novembre 2016).

Le 11 juillet 2017, le Dr M.\_\_\_\_\_ a contesté le caractère passager des incapacités de travail et la possibilité pour l'assurée de recouvrer une capacité de travail. Sur la base d'une échelle de Beck avec un score de 26, le psychiatre traitant a conclu à une dépression modérée. Il en a inféré que l'évaluation des limitations fonctionnelles ne semblait pas correspondre à la réalité clinique quotidienne observée lors des entretiens.

Dans un rapport du 10 août 2017, le Dr AR.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie au Centre BN.\_\_\_\_\_, a posé les diagnostics de lombosciatalgies chroniques bilatérales avec discopathies L4-L5, L5-S1 et troubles dégénératifs du rachis de syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie, d'hypermobilité articulaire, de gonarthrose bilatérale, de pieds plats bilatéraux prédominant à droite, de troubles dépressifs chroniques et de troubles du sommeil, ainsi que de céphalées chroniques. Il a préconisé une adaptation des antalgiques et une réévaluation des psychotropes, recommandant du cymbalta pour son action sur la thymie et sur la perception des douleurs centrales. Sans se prononcer sur la capacité de travail, il a fait état d'une situation « *relativement fixée et chronicisée depuis plusieurs années* », une amélioration significative de la situation par des mesures médicales étant peu probable. Il a recommandé un nouveau séjour auprès des centres de réhabilitation de Q.\_\_\_\_\_ ou du Centre BN.\_\_\_\_\_.

Dans un premier projet de décision du 24 août 2017, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui dénier le droit à une rente d'invalidité en raison d'un degré d'invalidité de 21,31 %, calculé selon un revenu sans invalidité de 63'142 fr. 80 et, un revenu d'invalidité de 50'028 fr 80 (pour une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée) fondé sur les données statistiques (cf. aussi calcul du salaire exigible du 20 mars 2017).

L'assurée, représentée par le BH.\_\_\_\_\_, a contesté ce projet par écriture du 30 octobre 2017.

Dans un avis SMR du 24 novembre 2017, le Dr P.\_\_\_\_\_ a constaté que les rapports fournis par l'assurée à l'appui de sa contestation n'apportaient pas de nouveaux éléments susceptibles de modifier son appréciation.

Dans un second projet de décision du 2 février 2018, annulant et remplaçant celui du 24 août 2017, l'OAI a réitéré les conclusions de ce dernier, précisant toutefois des exemples d'activités professionnelles exigibles.

Le 20 mars 2018, l'assurée a contesté le projet de décision du 2 février 2018. Elle a notamment produit :

- Le rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ du 26 février 2018. Ce spécialiste a posé les diagnostics polyarthralgies dans le cadre d'une fibromyalgie, d'un déconditionnement physique, de troubles statiques et d'une hypermobilité articulaire. Son examen clinique a mis en évidence une hypermobilité articulaire. Le Dr L.\_\_\_\_\_ s'interrogeait sur un possible syndrome d'Ehlers-Danlos qui permettrait de mieux comprendre la situation actuelle et nécessiterait une approche différente sur le plan pharmacologique.
  
- Le rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mars 2018. Après avoir complété ses examens, ce spécialiste a posé le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos qui se surajoutait aux différentes atteintes ostéoarticulaires. Il a précisé que le questionnaire soumis à sa patiente révélait une forte réduction fonctionnelle, peu compatible avec une activité professionnelle. Il a indiqué que les limitations fonctionnelles retenues par les experts de E.\_\_\_\_\_ étaient lacunaires et ne permettaient pas de déterminer clairement les activités exigibles. Sur le plan pharmacologique, le diagnostic retenu imposait une modification.

L'assurée a complété ses objections le 16 avril 2018. A cette occasion elle a produit le rapport du Dr Mastropaolo du 12 avril 2018, lequel retenait un syndrome somatoforme douloureux persistant apparu dans le contexte d'une surcharge psychosociale, les douleurs chroniques de sa patiente compromettant notablement la mise en place de stratégies de prévention de la rechute dépressive, ainsi que des troubles mixtes de la personnalité provoquant souvent de l'anxiété et perturbant le fonctionnement relationnel.

Dans un avis SMR du 22 juin 2018, le Dr AG.\_\_\_\_\_, médecin dudit service, n'a pas retenu de nouveaux éléments susceptibles de remettre en cause la position du SMR.

Par décision du 4 décembre 2018, l'OAI a entériné son projet de décision du 2 février 2018 et nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité.

**b)** Par acte du 16 janvier 2019, A.\_\_\_\_\_, représentée par la juriste [...], a interjeté un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision qui précède, concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle requérait la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. L'assurée soutenait que, dans ses rapp orts des 26 février et 1<sup>er</sup> mars 2018, le Dr L.\_\_\_\_\_ avançait des diagnostics dont les experts n'avaient pas tenu compte. Elle contestait la valeur probante de l'expertise mise en œuvre par l'OAI, notamment à la lumière du rapport du 18 avril 2018 du Dr M.\_\_\_\_\_, arguant que les experts n'avaient pas évalué correctement la gravité de l'atteinte fonctionnelle et l'influence des douleurs chroniques sur le risque de rechute dépressive.

A la suite de l'échange d'écritures et considérant que l'expertise de E.\_\_\_\_\_ ne suffisait pas à trancher l'objet du litige, la juge instructrice a ordonné la mise en œuvre d'une expertise judiciaire (cf. notamment ordonnances des 17 juin 2019 et 23 janvier 2020), confiée au

J.R.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et à la Dre J.P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Après avoir procédé aux examens utiles les 8 et 27 juillet 2020, ainsi que les 24 et 31 août 2020, les experts ont rendu leurs rapports d'expertise les 8 et 10 février 2021, ainsi qu'une appréciation consensuelle le 9 février 2021. A la demande de la Cour et des parties, ils ont en outre rendu un complément d'expertise les 3 et 4 mai 2021. Ils ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de scoliose dorsolombaire, de lombodiscarthrose, de conflit sous-acromial droit, de pied plat acquis sur probable déficit du tendon tibial postérieur, de fibromyalgie et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans symptômes somatiques (expertise J.R.\_\_\_\_\_, p. 33 ; expertise J.P.\_\_\_\_\_, p. 30). Sans répercussion sur la capacité de travail, le Dr J.R.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics d'épicondylite du coude droit et de périarthrite de la hanche droite (Expertise J.R.\_\_\_\_\_, p. 33), sa consœur n'en identifiant aucun (Expertise J.P.\_\_\_\_\_, p. 28). Sur le plan rhumatologique, l'activité habituelle n'était plus exigible, l'intéressée bénéficiant cependant d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de travail à genoux ni accroupie ; pas de marche de plus de 30 minutes à la fois, maximum deux heures par jour ; pas de travail penchée en avant ou en arrière ; pas de rotations du tronc ; changements de position toutes les 30 minutes ; pas de marche en terrain irrégulier ; pas de port de charge de plus de 5 kg ; pas de travail le bras droit au-dessus de la ligne des épaules) avec une diminution de rendement de 40 % inhérente à ses pathologies ostéoarticulaires, ceci dès le mois d'octobre 2013, avec une période d'incapacité totale de travail du 12 mai au 1<sup>er</sup> juillet 2017 en raison de l'intervention chirurgicale réalisée par le Dr K.\_\_\_\_\_. Sur le plan psychiatrique, la Dre J.P.\_\_\_\_\_ n'a pas retenu d'atteinte psychique grave, si bien qu'une pleine capacité de travail était exigible, celle-ci se combinant au demeurant avec la diminution de rendement précisée par le Dr J.R.\_\_\_\_\_.

Statuant sur le recours de l'assurée sur la base des conclusions de l'expertise judiciaire, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal l'a admis par arrêt du 28 janvier 2022 (AI 20/19 -

33/2022), réformant la décision rendue le 4 décembre 2018 par l'OAI en ce sens que l'assurée avait droit à une demi rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 58 %, ceci dès le 1<sup>er</sup> novembre 2014.

**B.**           **a)** Le 10 mars 2023, l'assurée a demandé la révision de son droit à la rente d'invalidité, invoquant de nouvelles atteintes à la santé.

Elle a joint à sa demande les documents suivants :

- un rapport du 23 juin 2022 de la Dre AN.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, laquelle a réalisé une neurographie, concluant son appréciation en ces termes :

« Cet examen électrophysiologique montre :

- Une atteinte du système orthosympathique, des fibres C autonomes, confirmant la présence d'une neuropathie des petites fibres. La transmission des grosses fibres est normale mis à part une branche du nerf tibial vers le pied gauche possiblement en lien avec la lésion nodulaire vue à l'IRM.

Je confirme donc la présence d'une neuropathie des petites fibres sévère en vue de l'atteinte diffuse et de très longue date et sans qu'une cause claire soit mise en évidence. Cette neuropathie idiopathique cause une incapacité de travail de 100 %. Je demande au médecin de famille de faire un bilan standard de polyneuropathie avec la recherche surtout d'une maladie inflammatoire (ANCA, FAN, anti-nucléoprotéines dépistages, facteurs rhumatoïdes), une électrophorèse, vitamine B1, B6 B9 B12 et les sérologies hépatite et Lyme. Je reste à disposition pour rediscuter de son cas si nécessaire.

- En vue de l'atteinte de la branche distale du nerf tibial, cette lésion pourrait correspondre à un neurinome. Si la patiente reste gênée voire s'aggrave, une résection devrait avoir lieu. »

- un rapport du 23 février 2023 du Dr NJ.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au Centre NK.\_\_\_\_\_, lequel retenait, sans se prononcer sur la capacité de travail, les « hypothèses diagnostiques » suivantes : « 6B43 : Trouble de l'adaptation, 6A73 : Trouble anxieux et dépressif mixte, MB23.H : Attaque de panique, 6D10.Z : Trouble de la personnalité (personnalité dépendante). » Le psychiatre traitant fait état d'une psychothérapie bimensuelle, d'une

consultation psychiatrique toutes les six semaines et d'une prescription de Brintellix 5 mg.

L'OAI est entré en matière sur la demande de révision et a confié le dossier au SMR pour déterminations.

Dans un avis du 13 avril 2023, le Dr AG.\_\_\_\_\_ du SMR a fait savoir que la neuropathie des petites fibres était présente de très longue date et que l'état psychique nécessitait un traitement minime, voire infra-thérapeutique, si bien que les documents mis à disposition ne mettaient pas en évidence de modification significative et récente de l'état de santé de l'assurée.

Par projet de décision du 14 avril 2023, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait refuser une augmentation de la rente d'invalidité au motif que l'examen du dossier n'avait montré aucun changement.

Le 14 mai 2023, l'assurée a contesté le projet de décision susmentionné. Elle a complété ses objections le 23 juin 2023 et transmis à l'OAI un rapport du même jour de la Dre AM.\_\_\_\_\_. Cette dernière retenait les diagnostics de neuropathie des petites fibres sévère, de trouble de l'adaptation, de trouble anxieux et dépressif mixte, d'attaque de panique, de trouble de la personnalité (personnalité dépendante), de fibromyalgie connue depuis 2012, de syndrome d'hypermobilité articulaire bénin et de polyarthrose. Elle a fait savoir que le traitement antalgique ne soulageait que partiellement sa patiente, que les traitements n'étaient pas suffisamment efficaces pour retrouver une capacité de travail et qu'il était bien difficile pour l'intéressée de se projeter dans une reprise du travail, même avec des limitations et en privilégiant une activité valorisante et sans pression de rendement. La Dre AM.\_\_\_\_\_ en déduisait une incapacité de travail et de gain totale.

Le 18 juillet 2023, le Dr AG.\_\_\_\_\_ du SMR a confirmé ses précédentes conclusions.

Par décision du 20 juillet 2023, l'OAI a refusé une augmentation de la rente d'invalidité au motif que l'examen du dossier n'avait montré aucun changement. L'office y a joint un courrier du même jour, faisant partie intégrante de sa décision, dans lequel il a expliqué à l'assurée que les pièces médicales versées au dossier depuis son projet de décision montrait que sa situation était comparable à la situation précédente, si bien que l'incapacité de travail demeurerait inchangée et que le degré d'invalidité restait fixé à 58 %.

**b)** Par acte du 13 septembre 2023, A. \_\_\_\_\_ a interjeté un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision qui précède, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. A l'appui de son recours, elle a produit :

- Le rapport du 16 février 2022 du Dr AP. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie à l'Institut PS. \_\_\_\_\_, lequel rappelait le tableau de lombalgies multifactorielles dégénératives, de fibromyalgie et d'hypermobilité bénigne et faisait état, à l'issue d'une biopsie cutanée du 17 janvier 2022, d'un taux de petites fibres diminué dans les membres inférieurs. Ce spécialiste demandait un avis neurologique auprès de la Dre AN. \_\_\_\_\_ et mentionnait, en ce qui concernait la sphère psychosomatique, la participation à un groupe de travail par les pairs dans l'institut.
- Deux rapports d'épidurographies lombaires des 13 décembre 2022 et 31 janvier 2023.
- Les rapports de la Dre AN. \_\_\_\_\_ du 23 juin 2022 et du 23 juin 2023 de la Dre AM. \_\_\_\_\_ (déjà produits dans le cadre de la procédure administrative).

En substance, elle soutient que la conjonction des atteintes à sa santé et leur caractère dégénératif l'empêchait de travailler et de

réaliser un gain sur un marché du travail équilibré. Elle fait valoir que, selon le Dr AP. \_\_\_\_\_ et la Dre AN. \_\_\_\_\_, les atteintes ne sont pas objectivement surmontables.

Par réponse du 23 février 2023, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision litigieuse, renvoyant aux avis SMR des 13 avril et 18 juillet 2023.

### **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, compte tenu des fêtes estivales (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA), 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.** Est litigieuse la question de savoir si le taux d'invalidité de la recourante a subi une modification notable susceptible d'influer son droit à la rente.

**3. a)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). La réglementation y

relative prévoit que l'ancien droit reste applicable en cas de révision d'un droit à la rente né avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022 pour un ayant droit âgé d'au moins 55 ans à cette dernière date (let. c des dispositions transitoires de la nouvelle du 1<sup>er</sup> janvier 2022).

**b)** En l'occurrence, la recourante, née en 196[...] avait plus de 55 ans au 1<sup>er</sup> janvier 2022, si bien que l'ancien droit reste applicable.

**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)** Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force - qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus - et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2).

**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)** S'agissant en particulier des affections psychiques, des affections psychosomatiques et des syndromes de dépendance à des

substances psychotropes, ceux-ci 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). Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). Une fois le diagnostic posé, son caractère invalidant 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).

**c)** 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).

**d)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un

contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

**e)** 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).

**f)** En ce qui concerne l'évaluation médicale effectuée par un SMR au sens de l'art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, qui est établie sans que le médecin n'examine l'assuré, elle ne contient aucune observation clinique. Un tel avis a ainsi seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt 8C\_756/2008 du 4 juin 2009 consid. 4.4 in SVR 2009 IV n° 50 p. 153). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois 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 142 V 58 consid. 5.1 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt 9C\_25/2015 du 1<sup>er</sup> mai 2015 consid. 4.2).

**6. a)** En l'occurrence, la première demande de prestations déposée par la recourante a mené à l'octroi d'une demi rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 58 %, dès le 1<sup>er</sup> novembre 2014 à la suite du recours dirigé par A. \_\_\_\_\_ à l'encontre de la décision rendue le 4 décembre 2018 par l'office intimé (cf. arrêt CASSO du 28 janvier 2022 AI 20/19 - 33/2022). En substance, la Cour avait entériné les conclusions de l'expertise judiciaire et considéré que, sur le plan rhumatologique, l'activité habituelle de magasinière n'était plus exigible, l'intéressée bénéficiant cependant d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de travail à genoux ni accroupie ; pas de marche de plus de 30 minutes à la fois ; maximum deux heures par jour ; pas de travail penchée en avant ou en arrière ; pas de rotations du tronc ; changements de position toutes les 30 minutes ; pas de marche en terrain irrégulier ; pas de port de charge de plus de 5 kg ; pas de travail le bras droit au-dessus de la ligne des épaules) avec une diminution de rendement de 40 % inhérente à ses pathologies ostéo-articulaires, ceci dès le mois d'octobre 2013. Sur le plan psychiatrique, la Cour avait exclu une incapacité de travail retenant que le trouble dépressif léger chronique dont souffrait la recourante ne pouvait pas être considéré comme invalidant et que les limitations fonctionnelles alléguées devaient être relativisées. Après comparaison des revenus sans invalidité (77'138 fr. 75) et avec invalidité (32'275 fr. 80), la Cour avait conclu à un degré d'invalidité de 58 %, lequel ouvrait le droit à une demi rente dès le 1<sup>er</sup> novembre 2014.

**b)** A l'appui de sa demande de révision du 10 mars 2023, la recourante a produit divers rapports médicaux, dont il convient d'examiner ci-après s'ils permettent d'établir - au degré de la vraisemblance prépondérante - une évolution de son état de santé, voire s'ils mettent en lumière un doute sur l'étendue de l'évolution et appellent une nouvelle évaluation médicale.

**aa)** Les Dres AN. \_\_\_\_\_ et AM. \_\_\_\_\_ confirment dans leurs rapports respectifs des 23 juin 2022 et 23 juin 2023, en sus d'autres

diagnostics également déjà connus, la présence d'une neuropathie des petites fibres sévères de très longue date et sans qu'une cause claire ne soit mise en évidence, qui engendrerait, selon elles, une incapacité de travail totale. Elles ne font pas état d'une aggravation, mais d'une situation existante, de leur propre aveu, de longue date pour laquelle elles ont tenté de trouver des explications. Elles ne rapportent cependant aucun élément péjorant nouveau, mais continuent à mettre en avant une appréciation divergente de la capacité de travail de leur patiente.

La Dre AN. \_\_\_\_\_ soutient dans son rapport du 23 juin 2022 que la neuropathie des petites fibres sévère ne repose pas sur une cause claire. Cette pathologie entraînerait cependant une incapacité de travail de 100 %. Cet avis est particulièrement sommaire. Au demeurant, l'atteinte et ses répercussions sont qualifiées d'anciennes, si bien que même à supposer qu'il s'agisse d'un nouveau diagnostic, ce qui est douteux à la lumière notamment du rapport du 30 janvier 2013 du Dr AB. \_\_\_\_\_ (« [...] les douleurs persistent et sont parfois perçues comme neuropathiques c'est-à-dire avec des dysésthésies dans la face latérale de la jambe droite jusque dans la région tibiale antérieure. »), aucune nouvelle ou plus ample limitation fonctionnelle n'est énoncée par la neurologue consultée. On relève également que la Dre AN. \_\_\_\_\_ a demandé des investigations complémentaires (bilan standard de polyneuropathie) auprès de la Dre AM. \_\_\_\_\_, dont on ignore le résultat et même si elles ont été menées à terme, son rapport du 23 juin 2023 étant muet à ce propos. Partant, ce rapport n'est pas propre à éveiller le moindre doute sur l'actualité des conclusions de l'expertise judiciaire des Drs J.R. \_\_\_\_\_ et J.P. \_\_\_\_\_. Quant au rapport du 16 février 2022 du Dr AP. \_\_\_\_\_, il ne fait que rappeler des diagnostics connus sans énoncer de nouvelles limitations fonctionnelles ni d'ailleurs d'avis sur la capacité de travail. A ce stade, il convient de rappeler que, selon la jurisprudence, ce qui importe pour juger du droit aux prestations dans le cadre de l'assurance-invalidité, ce n'est pas la dénomination diagnostique, mais uniquement les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF 9C\_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références citées). A cet égard, il convient de relever que

les médecins somaticiens consultés par la recourante n'expliquent pas en quoi le status serait différent de celui ressortant de l'examen clinique complet de l'expert judiciaire (expertise J.R.\_\_\_\_\_, pp. 27-29) ni en quoi les limitations fonctionnelles seraient différentes (ibid, p. 34) ni même en quoi une activité adaptée légère ne serait plus possible. Aussi, une dégradation de l'état de santé de la recourante doit être niée sur le plan somatique.

**bb)** Sur le plan psychique, dans son rapport du 23 février 2023, le Dr NJ.\_\_\_\_\_ retenait, sans se prononcer sur la capacité de travail, les « *hypothèses diagnostiques* » suivantes : « 6B43 : Trouble de l'adaptation, 6A73 : Trouble anxieux et dépressif mixte, MB23.H : Attaque de panique, 6D10.Z : Trouble de la personnalité (personnalité dépendante). ». Ce faisant, il ne fait qu'émettre des suppositions non conclusives sur lesquelles la Dre AM.\_\_\_\_\_, laquelle n'est pas psychiatre, ne pouvait tirer aucun argument dans son rapport du 23 juin 2023. Le psychiatre fait état d'une psychothérapie bimensuelle, d'une consultation psychiatrique toutes les six semaines et d'une prescription de Brintellix 5 mg. Il conclut son rapport en ces termes :

« La poursuite des mesures thérapeutiques psychiatriques actuelles est nécessaire de par la symptomatologie de la patiente. La priorité est d'aider A.\_\_\_\_\_ à stabiliser son humeur, à gérer au mieux ses angoisses, et à intégrer les événements traumatiques. Et enfin, les mesures médicales mises en place sont la prescription de Brintellix 5 mg. »

Les diagnostics ne sont pas justifiés par une actualisation du status et de la clinique. Le psychiatre traitant n'explique pas pour quels motifs il s'écarte des conclusions dûment motivées de l'experte judiciaire (expertise J.P.\_\_\_\_\_, pp. 24-27), étant observé qu'une partie de ses « *hypothèses diagnostiques* » ont précisément été exclues par l'experte judiciaire pour des motifs pertinents et circonstanciés (ibid.) sur lesquels on ne reviendra pas dès lors que l'arrêt du 28 janvier 2022 (AI 20/19 - 33/2022) est entré en force. Par ailleurs, le Dr NJ.\_\_\_\_\_ n'indique pas de limitations fonctionnelles de manière motivée et détaillée conformément aux règles de l'art (cf. lignes directrices pour les expertises psychiatriques

d'assurances du 16 juin 2016 ; Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé [CIF] ; sur cette question, cf. Susana Mestre Carvalho, Exigibilité, la question des ressources mobilisables in RSAS/SZS 2/2019, pp. 72, 73).

Quant au traitement de vortioxétine 5 mg (Brintellix®), il convient de relever qu'il n'est que minime, voire prescrit à un dosage « *infra-thérapeutique* » (cf. avis SMR du 13 avril 2023), si bien que l'on ne saurait en déduire un indice en faveur d'une atteinte psychiatrique suffisamment grave pour être invalidante.

En définitive, même si la recourante a repris une psychothérapie intégrée auprès du Centre NK.\_\_\_\_\_ et participe au groupe des pairs de l'Institut PS.\_\_\_\_\_ (rapport du 16 février 2022 du Dr AP.\_\_\_\_\_), aucun élément n'atteste d'une péjoration de l'état de santé psychique de la recourante et la médication demeure limitée.

**c)** Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 10 mars 2023.

**7. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 20 juillet 2023 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<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La partie recourante est

toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant 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 (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**d)** Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la partie recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision rendue le 20 juillet 2023 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
  
- IV. 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 provisoirement mis à la charge de l'Etat.
  
- V. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- A. \_\_\_\_\_ (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 :