

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 5 février 2026

Composition :       Mme     PASCHE, présidente  
                          MM.   Perreten et Bonjour, assesseurs  
Greffière         :     Mme Mestre Carvalho

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à Q\*\*\*, recourante, représentée par Procap Suisse, à Bienne,  
et

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

---

**Art. 16 et 17 LPGA ; 28 LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI.**

**En fait :**

**A.** B. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1967, titulaire d'un CFC d'employée de bureau, a travaillé en dernier lieu du 1<sup>er</sup> novembre 2008 au 30 novembre 2009 en tant que gestionnaire de dossiers auprès des C. \_\_\_\_\_. Elle n'a pas repris d'activité professionnelle depuis, si ce n'est comme aide d'écurie à raison de deux heures et demie par semaine depuis août 2020.

Le 30 octobre 2013, l'assurée a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité en faisant état d'une fracture du crâne en 1982, de problèmes de dos, à l'épaule droite, au genou gauche, à l'annulaire et au pouce gauche, d'apnées du sommeil, d'une tumeur sur la queue du pancréas et d'un diabète de type B.

Dans le cadre de l'instruction de sa demande de prestations, l'assurée a notamment fourni un rapport non daté mais reçu par l'OAI le 12 février 2014, de la Dre E. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecin traitante, qui a posé les diagnostics avec effets sur la capacité de travail de diabète de type II, lombalgies chroniques et phobie sociale légère depuis 2013. Comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, elle a indiqué une apnée du sommeil, une obésité ainsi qu'une tumeur pancréatique opérée en 2010. La médecin a estimé que l'assurée était incapable à 100 % de travailler comme employée de commerce mais qu'elle disposait d'une capacité de travail résiduelle de 20 à 30 % dans l'activité habituelle. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 30-40 % à partir du 10 mars 2014.

Dans un rapport du 26 juin 2015, lequel faisait suite à un examen clinique rhumatologique réalisé le 17 juin 2015, le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a notamment retenu ce qui suit :

**« DIAGNOSTICS  
- avec répercussion durable sur la capacité de travail**

- Gonalgies G chroniques dans le contexte d'une gonarthrose tricompartmentale, prédominant au niveau fémoro-tibial interne et fémoro-rotulien, d'un status après transposition de la tubérosité tibiale en 1984, d'une arthroscopie en octobre 2009 avec résection et égalisation de la corne postérieure du ménisque interne, d'ablation des franges et égalisation du bord libre du ménisque et d'une chondrocalcinose (M17.5)
- Cervico-dorsolombalgies sur troubles statiques (scoliose dorsolombaire compensée, discrète rétroversion du tronc) et dégénératifs (dégénérescence disco-ostéophytaire postérieure C4 à C7, prédominant en C5-C6, avec début d'un canal étroit secondaire et un rétrécissement des trous de conjugaison, surtout à droite, protrusions discales postéro-latérales à droite de D6 à D11, protrusions discales diffuses L3-L4 à L5-S1, prédominant en L5-S1, avec canal lombaire étroit secondaire en L4-L5, arthrose postérieure lombaire L4 à S1) (M54.2, M54.5).

**- sans répercussion sur la capacité de travail**

- Traumatisme de l'annulaire gauche avec un flexum séquellaire de 50° de l'IPP, status post arthrolyse de l'articulation et ténolyse des fléchisseurs et extenseurs en 2010 et reconstruction secondaire du tendon extenseur de l'annulaire gauche en mars 2010
- Hypertension artérielle traitée
- Diabète de type II non insulino-requérant
- Pré-obésité (BMI 29 kg/m<sup>2</sup>)
- Status après spléno-pancréatectomie et cholécystectomie pour cysto-adénocarcinome de la queue du pancréas, de faible malignité, en juillet 2010.

[...]

**Limitations fonctionnelles**

Rachis cervico-dorsolombaire : activités sédentaires ou semi-sédentaires, principalement en position assise, en autorisant les changements de position au moins 2 fois à l'heure ou au gré de l'assurée, éviter les ports de charges lourdes supérieures à 5 kg, éviter les positions du tronc tenues en porte-à-faux, éviter les activités nécessitant une flexion-rotation répétée du tronc, éviter les activités avec les bras au-dessus de l'horizontale, activités en milieu tempéré à l'intérieur.

Genou G : activités sans déplacement en terrain irrégulier, sans travail en hauteur ou sur échelle, sans travail à genoux et/ou en station accroupie, activités en milieu tempéré.

L'utilisation d'une chaise ergonomique et d'une souris de type trackball préservent le rachis et l'épaule D.

Il n'y a pas de contre-indication dans la conduite de véhicules. L'assurée n'a actuellement pas de voiture mais conduit celle de sa mère. En cas d'acquisition d'un véhicule, le choix d'une avec boîte à vitesse automatique est recommandé mais pas indispensable.

***Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?***

Nous n'avons pas trouvé dans le dossier de certificat d'incapacité de travail.

L'assurée déclare qu'elle a travaillé jusqu'au 01.10.2009, la veille de l'arthroscopie du genou G. Elle a ensuite été licenciée le 30.11.2009.

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

L'incapacité de travail totale a été reconduite par le médecin traitant qui estime, dans son rapport médical reçu le 12.02.2014, qu'une activité adaptée est possible à 30-40 % à partir du 10.03.2014.

Nous reconnaissons une incapacité de travail totale de 3 mois depuis le 02.10.2009. Dès janvier 2010, l'assurée aurait théoriquement pu reprendre une activité adaptée. Nous reconnaissons également des courtes périodes d'incapacité de travail ne dépassant pas 6 semaines après les interventions pour l'auriculaire G, en date des 08.01 et 26.03.2010.

Dans un domaine qui n'est pas de notre compétence, une période d'incapacité totale de travail est certainement reconnue après la spléno-pancréatectomie et la cholécystectomie par le chirurgien. Le diabète type 2 n'est pas comme le diabète insulino-requérant susceptible de variation du taux de glycémie et moi[n]s sujet ou épisodes d'hypo-/hyperglycémie. Il appartient à un diabétologue de confirmer éventuellement le caractère incapacitant du diabète type 2 dans le contexte de l'assurée.

**Concernant la capacité de travail exigible**, elle est déterminée par la tolérance mécanique du rachis cervical, du rachis dorsal et du rachis lombaire, ainsi que par la tolérance mécanique du genou G.

En raison des troubles dégénératifs concordants avec la clinique, nous avons retenu des limitations fonctionnelles. C'est pourquoi, dans une activité adaptée, nous considérons la capacité de travail totale exigible dès janvier 2010.

Les douleurs à l'épaule D survenaient surtout lors de l'utilisation d'une souris d'ordinateur normale. L'utilisation d'une souris ergonomique avec trackball, qui ne nécessite aucun déplacement de la main sur le plan horizontal, est susceptible d'éviter la réapparition des douleurs. Il n'y a aujourd'hui aucun élément permettant de retenir des limitations fonctionnelles pour l'épaule droite.

Veiller à l'aspect ergonomique du poste de travail futur est également essentiel pour éviter au maximum les douleurs rachidiennes et l'absentéisme. L'acquisition à cet effet d'une chaise ergonomique, dont le modèle reste à définir en fonction de quelques tests que l'assurée pourrait réaliser, peut être utile.

Quant aux déplacements de son domicile au lieu de travail, l'assurée n'a pas de véhicule. Elle emprunte la voiture de sa mère. L'accessibilité aux transports publics dans sa région doit être prise en considération.

### **CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE**

Dans l'activité d'employée de bureau sans aménagement du poste de travail : 70%

Dans une activité adaptée : 100%

Depuis : janvier 2010.

A déterminer en termes de métiers par un spécialiste en réadaptation. »

Par décision du 8 décembre 2015 confirmant un projet du 29 octobre 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Il a estimé que l'intéressée disposait d'une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle d'employée de bureau moyennant un aménagement ergonomique de la place de travail.

Cette décision n'a pas été contestée.

**B.** Par nouvelle demande du 27 septembre 2021, l'assurée a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité indiquant quant au genre de l'atteinte des douleurs dorsales, des atteintes au canal rachidien, une dépression psychologique et un diabète de type II avec insulino-dépendance.

Invitée à rendre plausible une éventuelle modification de son degré d'invalidité, elle a produit le 8 décembre 2021 les pièces suivantes :

- un rapport du 28 octobre 2021 par lequel la Dre E. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de diabète de type II avec insulinothérapie difficile à gérer, de status après pancréatectomie caudale pour néoplasie kystique bas grade, d'anxiété et d'état dépressif persistant, de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et de cervico-scapulalgies chroniques et dorso-lombalgies chroniques

sur troubles dégénératifs et a relevé une dégradation de la santé de l'intéressée depuis dix mois en lien avec l'ensemble des diagnostics et surtout une péjoration de la santé psychique et de la gestion du diabète ; elle estimait que l'incapacité de travail était de 75 % et que le pronostic était défavorable, sans amélioration envisagée pour les trois années à venir ;

- un rapport du 15 novembre 2021, la Dre I.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitante depuis septembre 2020, et de la psychologue J.\_\_\_\_\_, qui ont retenu le diagnostic d'anxiété généralisée. Ces spécialistes notaient une aggravation des symptômes depuis cinq ans, bien que leur existence soit certainement antérieure, dès lors que la Dre E.\_\_\_\_\_ avait attesté d'une anxiété importante depuis 1995 déjà. Elles ont estimé que l'intéressée était en incapacité totale de travailler depuis le 2 septembre 2020, date du début du suivi.

Dans son rapport du 26 février 2022 à l'OAI, la Dre E.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de diabète de type II insulino-requérant difficile à gérer, d'anxiété, d'état dépressif persistant, de phobie sociale et d'hypertension artérielle. Elle a relevé une dégradation depuis plusieurs années de l'état psychique et physique de l'intéressée. Elle a indiqué comme limitations fonctionnelles la cruauté des autres et le port d'objets lourds. Le médecin a estimé que la capacité de travail était de 20-40 % depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022 tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée en raison de la dégradation de l'état de santé de l'assurée.

Par rapport du 6 avril 2022 à l'OAI, la Dre I.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics d'anxiété généralisée (F41.1) depuis 2001 et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) depuis mars 2010. Le pronostic était défavorable. Elle a indiqué que l'assurée effectuait une activité rémunérée dans une écurie à raison de 2h30 par semaine, qui était thérapeutique sur le plan des troubles psychologiques. En outre, l'intéressée présentait de nombreuses limitations fonctionnelles, soit le

contact étroit avec d'autres collaborateurs pouvant déclencher des crises de panique ou des crises émotionnelles ainsi que le travail en *open space* générant d'importants symptômes anxieux. La médecin a encore relevé que l'assurée était en totale incapacité de travail, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée et que le pronostic de réadaptation était défavorable.

Dans son avis du 5 septembre 2022, le SMR a estimé qu'une aggravation de l'état de santé de l'assurée avait été rendue plausible sur le plan psychique mais que sur le plan somatique, les éléments transmis ne suggéraient pas d'aggravation notable depuis la précédente demande, si ce n'était la présence d'un diabète insulino-requérant. Le SMR a adressé le même jour à la Dr I. \_\_\_\_\_ une liste de questions complémentaires.

Dans son rapport du 19 octobre 2022 en réponse aux questions du SMR, la Dre I. \_\_\_\_\_ a noté une amélioration sur le plan thymique depuis l'introduction du traitement antidépresseur. L'assurée présentait toutefois toujours une importante symptomatologie anxieuse dont l'impact fonctionnel était toujours aussi important que rapporté en avril 2022. La médecin a reconduit le diagnostic d'anxiété généralisée et a indiqué que le trouble dépressif récurrent était en rémission. Elle a estimé que l'incapacité de travail était de 100 %, ceci même dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Plus spécifiquement une activité de bureau n'était pas envisageable, ni même un programme de réentraînement, au vu de la symptomatologie présentée par l'assurée. Quant à une activité d'aide d'écurie, la médecin a observé que l'intéressée disposait d'une capacité minimale de travail (2h30 par semaine), ceci uniquement auprès d'une personne connue d'elle, qui avait connaissance de ses difficultés et sans attente quant au rendement.

Par avis du 17 novembre 2022, le SMR a remis en question le diagnostic d'anxiété généralisée. Il a également estimé que l'avis de la Dre I. \_\_\_\_\_ ne permettait pas de comprendre pourquoi l'assurée n'était pas psychiquement capable de travailler à un taux supérieur à 2h30 par semaine dans une activité d'aide d'écurie. Sur le plan somatique, le SMR a

relevé que la Dre E. \_\_\_\_\_ mettait principalement en avant un diabète de type II insulino-requérant difficile à gérer, un status post-pancréatectomie caudale pour néoplasie kystique bas grade, des cervico-scapulalgies chroniques et dorso-lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs. Il a précisé que les troubles ostéo-articulaires étaient déjà connus et avaient fait l'objet d'un examen clinique en 2015 et que rien ne suggérait que ces troubles se soient objectivement aggravés. Le SMR a estimé ne pas être en mesure de statuer quant à l'atteinte psychiatrique et a demandé un complément d'informations à la Dre E. \_\_\_\_\_ pour ce qui était du volet somatique.

Dans son rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2022, la Dre K. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, qui avait repris le suivi de l'assurée depuis le 20 août 2022, a répondu à la demande de complément du SMR susmentionnée. Elle a indiqué que sur le plan somatique, l'état de l'assurée était stable depuis 2015 en ce qui concernait les lombalgies, les cervicalgies chroniques et les céphalées secondaires. Comme diagnostics somatiques avec répercussion sur la capacité de travail, la médecin a retenu un canal lombaire étroit en L4-L5 de grade C, un léger canal cervical étroit et un trouble anxio-dépressif. Sans répercussion sur la capacité de travail, elle a retenu une hypertension artérielle (HTA), une dyslipidémie, une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), un diabète de type II non insulino-dépendant et une bicytopémie d'origine indéterminée. Elle a évalué la capacité de travail résiduelle à 50 % dans toute activité et a ajouté que l'assurée n'était pas éligible pour des mesures de réadaptation en raison d'anxiétés trop importantes.

Par avis du 30 janvier 2023, le SMR a retenu que sur le plan somatique, les troubles ostéo-articulaires étaient stables depuis 2015 et qu'il convenait de compléter l'instruction concernant les différentes comorbidités.

Dans son rapport du 13 décembre 2022, réceptionné par l'OAI le 6 avril 2023, le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie, a retenu un tabagisme avec obstruction bronchique « *limite* » pouvant évoquer une

BPCO débutante, un excès pondéral confinant à l'obésité, une SpO2 limite inférieure, un diabète et une HTA, en plus d'une probable ostéoporose.

Le 2 mai 2023, le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en endocrinologie et diabétologie, a attesté d'un diabète de type II compensé, sans répercussion sur la capacité de travail.

Par rapport du 13 avril 2023 transmis à l'OAI le 24 mai 2023, la Dre D. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, a retenu une leucocytose (entre 11 et 16g/l, de répartition neutrophile) et une thrombocytose entre 380 et 500 g/l chroniques, secondaires dues, d'une part, au tabagisme et, d'autre part, au status post splénectomie.

Dans un avis du 21 juillet 2023, le SMR a relevé, sur le plan psychique, que l'état dépressif s'était amélioré depuis fin 2022. Il a également noté que le diabète était sans répercussion sur la capacité de travail. Il n'était toujours pas convaincu du diagnostic d'anxiété généralisée. L'avis de la Dre I. \_\_\_\_\_ ne permettait toujours pas de comprendre pourquoi l'assurée n'était pas capable de travailler à un taux supérieur à 2h30 par semaine dans une activité similaire à celle d'aide d'écurie. Sur le plan somatique, rien n'indiquait que les troubles ou les limitations fonctionnelles qui en découlaient se soient objectivement aggravés. Le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire avec volets de médecine interne, rhumatologie et psychiatrie et un examen neuropsychologique.

Par rapport du 26 juin 2024, le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a indiqué que l'assurée présentait depuis le début d'année 2024 des dysesthésies en forme de brûlures distales aux membres inférieurs associées à des douleurs aspécifiques et des troubles de l'équilibre. Les examens effectués étaient compatibles avec une polyneuropathie à claire prédominance sensitive et axonale. Les symptômes de la neuropathie étaient bien maîtrisés, ce qui était également le cas pour le syndrome de jambes sans repos.

L'expertise pluridisciplinaire a été confiée à BB.\_\_\_\_\_ Sàrl et plus précisément aux Drs BC.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, BD.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et U.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi qu'à la neuropsychologue BF.\_\_\_\_\_. Dans leur rapport d'expertise du 16 janvier 2025, les experts ont retenu notamment ce qui suit :

**« 3.2 Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail »**

**Au plan de la médecine interne**

***Diagnostics incapacitants :***

Nihil

***Diagnostics non-incapacitants :***

E11.40 Diabète sucré de type II insulino-traité avec complications neurologiques

I10 Hypertension artérielle

E66.9 Obésité stade I (BMI 32.3kg/m<sup>2</sup>)

Status post spléno-pancréatectomie caudale et cholécystectomie pour adénocarcinome mucineux de faible degré de malignité de la queue du pancréas en juillet 2010.

**Au plan rhumatologique**

Douleurs cervicales sur discopathies. M54.2

Douleurs lombaires sur discopathies avec canal lombaire rétréci. M54.5 et M48.0

Chondropathie tri-compartmentale du genou gauche. M17.9

Status après entorse de cheville gauche. S93.4

Status avec flessum de l'articulation interphalangienne proximale du 4<sup>ème</sup> doigt de la main gauche. S62.7

Fibromyalgie. M79.7

**Au plan psychique**

***Diagnostics incapacitants :***

- Trouble mixte de la personnalité, traits de personnalité évitante et anankastique, F61.0
- Agoraphobie, sans trouble panique, F40.00
- Trouble anxieux, phobique, sans précision, F40.9

- Phobie spécifique, claustrophobie, F40.2

***Diagnostics non-incapacitants :***

- Hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques, F 50.4
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique, F33.01

**3.3 Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles**

**Au plan de la médecine interne**

L'expert ne retient aucune affection ayant un impact sur les capacités fonctionnelles.

**Au plan rhumatologique**

Limitations fonctionnelles : activités sédentaires ou semi-sédentaires, principalement en position assise, en autorisant les changements de position. Pas d'efforts de soulèvement à partir du sol au-delà de 5kg, port de charge proche du corps, limité à 5 kg, éviter les porte-à-faux du buste et les rotations répétées du buste. Pas de position à genoux et accroupie. Pas de montée et de descente d'escalier répétées, pas de travail en hauteur (échelle, escabeau, échafaudage, tabouret). Pas de mouvement de préhension et de pronosupination forcée de la main gauche.

Il n'a pas été retrouvé d'éléments pathologiques sur les épaules et les recommandations pour l'adaptation du matériel est toujours valable.

**Au plan psychique**

Agoraphobie, trouble anxieux phobique sans précision, trouble de la personnalité évitante et anankastique. Activité sans critique majeure, avec un cahier des charges précis, dans un endroit qui ne doit pas être clos, sans présence de trop de monde.

[...]

**3.7 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici**

**Au plan de la médecine interne**

100 % depuis toujours à l'exception de la durée de l'hospitalisation pour la spléno-pancréatectomie caudale et cholécystectomie en juillet 2010 et le mois suivant sa sortie d'hôpital.

**Au plan rhumatologique**

70% dans une activité d'employée de bureau sans aménagement du poste de travail.

100% avec aménagement du poste de travail.

Sans changement par rapport à la précédente décision.

### **Au plan psychique**

Elle est de 0% depuis novembre 2009, date où elle a présenté une décompensation de son trouble de personnalité.

### **3.8 Capacité de travail dans une activité adaptée**

#### **Au plan de la médecine interne**

100% depuis toujours à l'exception de la durée de l'hospitalisation pour la spléno-pancréatectomie caudale et cholécystectomie en juillet 2010 et le mois suivant sa sortie d'hôpital.

#### **Au plan rhumatologique**

100%.

#### **Au plan psychique**

100% depuis toujours. »

Quant à l'examen neuropsychologique, la neuropsychologue BG. \_\_\_\_\_ concluait en ces termes :

« Cet examen montre donc un déficit attentionnel, incluant un ralentissement de la vitesse de traitement et des difficultés d'attention soutenue. Les autres domaines cognitifs investigués sont dans les normes, ou dans les limites inférieures des normes. Ces résultats sont obtenus chez une assurée très collaborante et investie, se disant très fatiguée en fin d'examen. Une épreuve d'alerte phasique et tonique réalisée en début et en fin d'examen ne montre pas de différence significative entre les deux passations, ce qui est en faveur d'une faible fatigabilité induite pa[r] l'examen.

Degrés de gravité du trouble neuropsychologique selon les critères de l'ASNP: trouble neuropsychologique léger impactant le domaine attentionnel.

Limitation fonctionnelle sur le plan strictement neuropsychologique : la capacité fonctionnelle n'est pas limitée au quotidien ni dans la plupart des sollicitations professionnelles. La personne se fait à peine remarquer dans son environnement social. La capacité fonctionnelle est toutefois limitée lors de tâches et activités requérant un niveau d'exigences élevé. »

Par avis du 20 janvier 2025, le SMR a estimé que l'expertise respectait les exigences de qualité et de rigueur et que ses conclusions pouvaient être suivies. Ainsi, une aggravation de l'état de santé de l'assurée pouvait être retenue dès septembre 2020, ce qui correspondait au début du suivi psychiatrique documenté, avec une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, mais une capacité de travail de 100 % dans une activité

adaptée aux limitations fonctionnelles (activité principalement en position assise, autorisant les changements de position, port de charges limité à 5 kg, sans efforts de soulèvement à partir du sol, éviter les positions contraignantes, à genoux, accroupi et les mouvements de torsion ou de préhension forcée, pas de montée/descente d'escaliers répétée ni de travail en hauteur, environnement calme et structuré, sans critiques ou situations anxiogènes).

Par rapport final du 6 février 2025, le service de réadaptation de l'OAI a retenu un statut d'active à 100 % et une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : activité principalement en position assise, autorisant les changements de position, port de charges limité à 5 kg, sans efforts de soulèvement à partir du sol, éviter les positions contraignantes (à genoux, accroupi) et les mouvements de torsion ou de préhension forcée, pas de montée/descente d'escaliers répétée, ni de travail en hauteur, environnement calme et structuré, sans critiques ou situations anxiogènes. Il s'est fondé sur l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2020 et 2022, niveau 1 et a retenu un abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles pour déterminer le revenu avec invalidité. Le service de réadaptation a procédé, le même jour, au calcul du degré d'invalidité de l'assurée, estimant que cette dernière pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple dans le domaine du montage, du contrôle ou de la surveillance d'un processus de production, en qualité d'ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ou encore en qualité d'ouvrière dans le conditionnement et a ainsi estimé que le taux d'invalidité s'élevait à 21.61 %.

Par projet de décision du 14 février 2025, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à une rente d'invalidité.

Désormais représentée par Procap, l'assurée a fait valoir ses objections audit projet de décision par courrier du 28 mars 2025. En substance, elle a contesté le volet psychiatrique de l'expertise du 16 janvier

2025. A l'appui de son argumentation, elle a produit un rapport du 17 mars 2025 de la Dre I. \_\_\_\_\_ qui maintenait les diagnostics d'anxiété généralisée et de troubles dépressifs récurrents, insistant sur l'impact de l'anxiété généralisée dans le quotidien de l'assurée. L'assurée a également fait valoir qu'il lui était impossible de répondre à des exigences de rendement et d'efficacité dans le premier marché de l'emploi.

Par avis du 30 avril 2025, le SMR a estimé que le diagnostic d'anxiété généralisée retenu par la Dre I. \_\_\_\_\_ ne reposait pas sur des critères cliniques solides et que les éléments rapportés dans son dernier rapport concernaient principalement des comportements d'évitement compatibles avec le trouble mixte de la personnalité avec traits évitants et anankastiques retenu par l'expert du BEM. Le SMR a retenu que la Dre I. \_\_\_\_\_ n'apportait pas de nouveaux éléments cliniques qui auraient été ignorés ou suggérant une modification notable de l'état de santé de l'assurée après l'expertise. Les éléments rapportés par cette médecin étaient majoritairement subjectifs et n'étaient pas corroborés par des données objectives, ni par les observations faites lors de l'expertise du BEM. Le SMR a retenu que la symptomatologie décrite semblait mieux correspondre à un trouble de la personnalité, avec une composante anxieuse-évitante, tel que retenu lors de l'expertise plutôt qu'à un trouble anxieux généralisé. Il a, en outre, proposé de compléter les limitations fonctionnelles précédemment retenues de la manière suivante : « *privilégier une activité sans contacts relationnels réguliers, sans intercommunication importante, notamment éviter des environnements où l'assurée serait confrontée à des situations imprévues ou à des interactions sociales trop intenses* ». Cependant, une activité administrative simple, sans responsabilité ni gestion d'équipe, n'impliquant pas le risque de rencontrer des personnes inconnues sur le lieu de travail, restait adaptée à ses capacités. En dehors de ces précisions, le SMR a indiqué qu'il n'y avait pas de raison de remettre en question les conclusions de l'expertise du BEM et a maintenu ses précédentes conclusions.

Par décision du 16 mai 2025, l'OAI a rejeté la demande de prestations du 27 septembre 2021, estimant que l'assurée présentait une

capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir privilégier une activité sans contacts relationnels réguliers, sans intercommunication importante notamment éviter des environnements où elle serait confrontée à des situations imprévues ou à des interactions sociales trop intenses, une activité administrative simple, sans responsabilité ni gestion d'équipe, n'impliquant pas le risque de rencontrer des personnes inconnues sur le lieu de travail. Après comparaison des revenus sans et avec invalidité, l'OAI a estimé que le degré d'invalidité de l'assurée s'élevait à 22.72 %, ce qui était insuffisant pour ouvrir le droit à des mesures professionnelles et à une rente. Dans une prise de position du même jour faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a retenu qu'une pleine valeur probante devait être reconnue à l'expertise du BEM. L'avis de la Dre I. \_\_\_\_\_ du 17 mars 2025 ne contenait en revanche aucun élément susceptible de mettre en doute les conclusions de l'expertise. Par ailleurs, l'OAI a indiqué avoir nuancé et complété les limitations fonctionnelles précédemment retenues afin de clarifier les situations anxieuses à éviter, suivant l'avis du SMR du 30 avril 2025. Sur la base des constatations du service de réadaptation et des précisions du SMR, l'OAI avait retenu qu'une activité simple, sans responsabilité ni gestion d'équipe, n'impliquant pas le risque de rencontrer des personnes inconnues sur le lieu de travail, restait adaptée aux capacités de l'assurée et était également adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre somatique. Dès lors, le domaine de l'industrie légère, ou celui du contrôle qualité, correspondait aux limitations fonctionnelles de l'intéressée, raison pour laquelle le revenu statistique selon ESS TA1 général niveau 1 avait été retenu à titre de revenu d'invalidité dans le calcul du degré d'invalidité.

**C.** Par acte du 17 juin 2025, B. \_\_\_\_\_, toujours représentée par Procap, a interjeté recours à l'encontre de la décision susmentionnée par-devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'il soit reconnu une incapacité de travail totale, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée et qu'une rente d'invalidité entière lui soit octroyée dès mars 2022 et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle demande. En substance, elle a fait valoir que

le volet psychiatrique ne pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante dans la mesure où le rapport du 17 mars 2025 de la Dre I. \_\_\_\_\_ était propre à remettre en doute les conclusions y étant formulées. En outre, l'intéressée a estimé ne plus disposer d'aucune capacité de travail.

Par réponse du 4 août 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. Il a estimé, se basant sur l'avis SMR du 20 janvier 2025, que l'expertise du BEM avait valeur probante. La recourante n'avait par ailleurs pas apporté d'élément médical objectif démontrant que son état de santé s'était aggravé depuis l'expertise du 16 janvier 2025 et n'avait fait état d'aucun élément qui aurait été ignoré par les experts.

Par réplique du 3 septembre 2025, la recourante a persisté dans ses conclusions.

### **En droit :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile, compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 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.** 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). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

En l'espèce, la recourante a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité par nouvelle demande du 27 septembre 2021, de sorte que le nouveau droit est applicable.

**3.** Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa nouvelle demande du 27 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).

**5. a)** 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 1<sup>er</sup> janvier 2022), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b).

**b)** 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).

**6. a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve,

ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

**c)** Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPG, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C\_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C\_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_299/2021 du 11 août 2021 consid. 3.3). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

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)** 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).

**7.** En l'occurrence, il y a lieu d'examiner si l'état de santé de la recourante s'est péjoré dans une mesure susceptible de modifier l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative depuis la précédente décision au fond reposant sur un examen matériel du droit à la rente, à savoir celle rendue par l'intimé le 8 décembre 2015.

**a)** Dans la décision du 8 décembre 2015, l'intimé avait pris en compte les conclusions de l'examen clinique rhumatologique du SMR effectué le 17 juin 2015 qui retenait avec effet sur la capacité de travail, sur le plan somatique, des gonalgies gauches chroniques dans le contexte d'une gonarthrose tricompartmentale, prédominant au niveau fémoro-tibial interne et fémoro-rotulien, un status après transposition de la tubérosité tibiale en 1984, une arthroscopie en octobre 2009 avec résection et égalisation de la corne postérieure du ménisque interne, une ablation des franges et égalisation du bord libre du ménisque, une chondrocalcinose (M17.5) ainsi que des cervico-dorsolombalgies sur troubles statiques et dégénératifs (M54.2, M54.4). Les limitations fonctionnelles étaient les activités sédentaires ou semi-sédentaires, principalement en position assise, en autorisant les changements de position au moins deux fois par heure ou au gré de l'intéressée, éviter les ports de charges lourdes supérieures à 5 kg, éviter les positions du tronc tenues en porte-à-faux, éviter les activités nécessitant une flexion-rotation répétée du tronc, éviter les activités avec les bras au-dessus de l'horizontale, activités en milieu tempéré à l'intérieur, activités sans déplacement en terrain irrégulier, sans

travail en hauteur ou sur échelle, sans travail à genoux et/ou en station accroupie, activités en milieu tempéré. Aucune atteinte à la santé psychique n'avait alors été prise en compte, si ce n'était une légère phobie sociale attestée par la Dre E. \_\_\_\_\_ dans son rapport transmis à l'OAI le 12 février 2014. Une capacité de travail entière était exigible dès janvier 2010 dans une activité adaptée.

**b)** Dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, à laquelle il a reconnu une pleine valeur probante, retenant sur cette base une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (activités sédentaires ou semi-sédentaires, principalement en position assise, en autorisant les changement de position, pas d'efforts de soulèvement à partir du sol au-delà de 5 kg, port de charge proche du corps limité à 5 kg, éviter les porte-à-faux du buste et les rotations répétées du buste, pas de position à genoux et accroupie, pas de montée et de descente d'escaliers répétées, pas de travail en hauteur, sur une échelle, un escabeau, un échafaudage ou un tabouret, pas de mouvement de préhension et de pronosupination forcée de la main gauche, activité sans critique majeure, avec un cahier des charges précis, dans un endroit qui ne doit pas être clos, sans présence de trop de monde).

**c)** Sur le plan formel, le rapport d'expertise du 16 janvier 2025 satisfait aux réquisits auxquels la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. En effet, les experts ont tous individuellement rencontré la recourante et rédigé un rapport détaillé, puis confronté leurs conclusions au cours d'une conférence 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 l'intéressée. De surcroît, les experts ont fondé leur appréciation sur le dossier médical de la recourante, 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 l'assurée 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. Leur rapport est complet, structuré et clair.

**d)** Sur le plan somatique, la recourante a été examinée par les Drs BC.\_\_\_\_\_ et BD.\_\_\_\_\_. Ceux-ci ont eu accès à l'ensemble des pièces versées au dossier de la cause (p. 57 ss), parmi lesquelles figuraient en particulier les rapports des médecins traitants et des autres spécialistes consultés par la recourante depuis le dépôt de sa première demande de prestations en 2013. Ils ont chacun établi un rapport portant sur leur spécialité respective comprenant, d'une part, les anamnèses sur la base de leurs entretiens avec la recourante, incluant son parcours de vie, ses plaintes, ses antécédents médicaux ainsi que sa journée-type et, d'autre part, les observations faites lors de l'examen, les diagnostics et les réponses motivées aux questions soumises par l'intimé. Ces volets de l'expertise remplissent ainsi l'ensemble des réquisits de la jurisprudence en la matière, ce que ne conteste du reste pas la recourante.

**aa)** Sur le plan de la médecine interne, la Dre BC.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics non-incapacitants de diabète sucré de type II insulino-traité avec complications neurologiques (E11.40), d'hypertension artérielle (I10) et d'obésité stade I (BMI 32,3 kg/m<sup>2</sup>). L'experte a indiqué qu'en 2022, le diabète de la recourante était décompensé, probablement sur mauvaise compliance au traitement et qu'elle était passée à l'insulinothérapie et qu'en 2023, l'examen neurologique avait révélé une polyneuropathie des membres inférieurs de type sensitif et axonal d'origine probablement diabétique. Grâce au nouveau traitement antidiabétique, l'intéressée avait pu stabiliser sa glycémie et perdre jusqu'à 20 kg, passant d'un BMI de 41 à celui de 33 kg/m<sup>2</sup>. Le sevrage tabagique réalisé allait également améliorer ses fonctions pulmonaires et l'hypertension artérielle était bien contrôlée. Selon la Dre BC.\_\_\_\_\_, l'expertisée était bien suivie par son médecin traitant et avait pris conscience de la progression de sa maladie pulmonaire pour arrêter sa consommation de tabac. Les troubles rapportés par l'intéressée étaient concordants avec l'examen clinique et il n'y avait pas d'incohérences ou d'informations divergentes dans l'anamnèse et dans le dossier médical. Au rang des ressources, l'experte a indiqué que la

recourante avait été bien formée dans les activités administratives et qu'elle avait développé des ressources adaptatives en évoluant au sein de différents postes. Elle était soutenue par sa mère et son frère et savait se rendre utile en assumant des tâches peu rémunérées. La Dre BC. \_\_\_\_\_ a retenu, au rang des facteurs de surcharge, une précarité financière, une obstination à se déclarer incapable de travailler autrement que quasi bénévolement. Elle en a conclu que, sur le plan de la médecine interne, l'assurée était en totale capacité de travail dans l'activité habituelle d'employée de bureau ainsi que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**bb)** Sur le plan rhumatologique, le Dr BD. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de douleurs cervicales sur discopathies (M54.2), de douleurs lombaires sur discopathies avec canal lombaire rétréci (M54.5 et M48.0), de chondropathie tri-compartmentale du genou gauche (M17.9), de status après entorse de cheville gauche (S93.4), de status avec flessum de l'articulation interphalangienne proximale du 4<sup>ème</sup> doigt de la main gauche (S62.7) et de fibromyalgie (M79.9). L'expert a retenu comme limitations fonctionnelles les activités sédentaires ou semi-sédentaires, principalement en position assise, en autorisant les changements de position, pas d'efforts de soulèvement à partir du sol au-delà de 5 kg, le port de charge proche du corps limité à 5 kg, éviter les porte-à-faux du buste et les rotations répétées du buste, pas de position à genoux et accroupie, pas de montée et de descente d'escaliers répétées, pas de travail en hauteur (échelle, escabeau, échafaudage, tabouret), pas de mouvement de préhension et de pronosupination forcée de la main gauche. Le Dr BD. \_\_\_\_\_ a estimé que la recourante présentait une capacité de travail de 70 % dans l'activité d'employée de bureau exercée en dernier lieu, qui n'était pas totalement adaptée. En revanche, avec une adaptation du poste de travail, la capacité de travail s'élevait à 100 %, ceci depuis janvier 2010. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100 % depuis toujours, la fibromyalgie n'ayant pas d'impact sur la vie quotidienne.

**e) aa)** Sur le plan psychiatrique, le Dr U. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de trouble mixte de la personnalité, traits de personnalité

évitante et anankastique (F61.0), d'agoraphobie, sans trouble panique (F40.00), de trouble anxieux, phobique, sans précision (F40.9) et de phobie spécifique, claustrophobie (F40.2).

L'expert a indiqué que la recourante avait évoqué une angoisse pour tout, caractérisée par une intolérance aux lieux clos et à la présence de trop de monde, se manifestant notamment par des sueurs, un stress intense et un sentiment de panique dans les salles d'attente ou en présence de nombreuses personnes. Elle a indiqué limiter ses déplacements à des environnements connus, en particulier à deux commerces situés dans son village, et éviter les lieux inconnus. Elle a rapporté une désorientation dans les espaces non familiers, ainsi qu'une crainte marquée de ne pas retrouver sa voiture. Elle a également mentionné des troubles de l'attention et de la mémoire se traduisant par des pertes fréquentes d'objets, notamment de clés. Elle bénéficiait d'un suivi psychiatrique et d'un soutien limité de son entourage. Lors de sa venue au centre d'expertise, l'intéressée avait décrit un épisode d'angoisse aiguë à la sortie du parking entraînant une incontinence urinaire. Elle s'était plainte de ses atteintes sur le plan somatique et avait indiqué que tant les douleurs physiques que l'anxiété s'étaient aggravées avec le temps.

Or dans ses rapports du 15 novembre 2021 et 6 avril 2022 notamment, la Dre I. \_\_\_\_\_ avait fait part de plaintes similaires, soit des difficultés dans les domaines de la vie quotidienne (rencontre avec de nouvelles personnes, courses) et de la vie relationnelle et sociale (tâches administratives nécessitant des contacts avec des tiers), agitation et sentiment d'être à bout, anticipations négatives de tout événement sortant de la routine de la patiente, troubles de la concentration, fatigabilité augmentée, troubles gastro-intestinaux et transpiration, tension musculaire permanente, état d'hypervigilance permanent. Dans son rapport du 17 mars 2025, cette même médecin a admis que ses observations cliniques et celles de l'expert psychiatre se rejoignaient. Elle a précisé que les descriptions quant à l'agoraphobie, le trouble anxieux et la claustrophobie retenus par l'expert faisaient effectivement partie de ce que la recourante manifestait comme symptômes au quotidien et dans ses limitations, mais

qu'elle avait elle-même opté pour le diagnostic d'anxiété généralisée pour rendre compte d'une anticipation constante de malheur, associée à des difficultés de concentration, une tension motrice et des troubles neurovégétatifs dans tous les domaines de sa vie.

L'expert U. \_\_\_\_\_ a par ailleurs observé que l'entretien avait été agréable et les réponses détaillées. Il n'y avait pas eu d'agressivité, ni d'irritabilité, ni d'opposition à l'entretien. La recourante était orientée dans le temps et l'espace. La tristesse était visible, légère, sans pleurs et sans ralentissement psychomoteur. Il existait une labilité émotionnelle très légère. Le Dr U. \_\_\_\_\_ ressentait chez l'intéressée une fatigue et une fatigabilité légères et surtout un envahissement du champ de pensée par une crainte de ne pas être organisée. La fluidité idéique n'était pas ralentie. Il n'y avait pas d'excitation, ni d'euphorie inadéquate. Il y avait toutefois une légère baisse de l'élan vital. Ce spécialiste n'a pas retenu d'agitation mais a ressenti une fébrilité et une tension intérieure. L'expertisée ne présentait pas de tremblements, ni de sudation excessive et la tonalité de la voix était identique en cours d'entretien. Il n'y avait pas de changement de couleur de peau ni de rituels de vérification. Par ailleurs, la recourante ne présentait pas de signe d'intoxication éthylique aiguë ou chronique. Finalement, l'expert a noté que l'intéressée n'était pas sujette à des délires, des troubles du cours ou du contenu de la pensée, d'idées délirantes, de syndrome d'automatisme mental, d'attitude d'écoute, de barrage, de passage du coq à l'âne ou de néologismes et qu'elle ne présentait pas d'hallucinations auditives ou visuelles.

Sur la base de l'anamnèse et de l'examen clinique, l'expert psychiatre a, premièrement, retenu un trouble mixte de la personnalité, traits de personnalité évitante et anankastique, en raison des citriques quasi constantes que la recourante avait subies de son père et de son échec à obtenir l'assentiment de ce dernier et de sa crainte d'être rejetée et critiquée. Le Dr U. \_\_\_\_\_ a précisé qu'il avait écarté la présence d'un trouble de personnalité anankastique dès lors que l'intéressée ne présentait pas de perfectionnisme susceptible de venir entraver l'achèvement des tâches. Les traits de la personnalité évitante et anankastique étaient

interdépendants et engendraient des difficultés importantes au niveau relationnel et professionnel, avec des fuites, indiquant par ailleurs que ces difficultés existaient depuis de nombreuses années. Ensuite, l'expert a diagnostiqué une agoraphobie, sans trouble de panique, qu'il qualifiait de légère, dès lors que la recourante avait des difficultés à être en présence de trop de monde. La claustrophobie était également de faible intensité. L'expert a retenu également un trouble anxieux et phobique, sans précision, car les crises d'angoisses étaient déclenchées par les situations que la recourante n'anticipait pas, écartant du reste une anxiété généralisée, dans la mesure où il n'existait pas chez l'intéressée d'anxiété flottante ou constante. Cette dernière présentait également des évitements phobiques, notamment d'éviter de se rendre dans des endroits qu'elle ne connaissait pas et d'anticiper tout trajet nouveau. Ce trouble était de faible intensité mais engendrait néanmoins des limitations fonctionnelles. Le Dr U. \_\_\_\_\_ a également posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique se traduisant par une baisse d'intérêt, une perte d'élan vital, une humeur triste, sans idées suicidaires, observant que la recourante avait présenté un épisode dépressif moyen en septembre 2020 qui s'était amélioré en 2021 pour devenir léger.

Pour autant, l'expert psychiatre a relevé que la recourante avait des difficultés à travailler avec les autres de peur d'être critiquée. Les changements étaient source d'angoisse et elle évoluait depuis plusieurs années dans un mode de fonctionnement qui s'était rigidifié. Elle avait des difficultés à prendre des décisions, était hésitante et avait des difficultés à dire non. Toutefois, sur le plan des ressources, l'intéressée était capable de planifier et de structurer les tâches. Elle pouvait s'adapter aux règles et aux routines, respectant la procédure, ainsi que la hiérarchie et les convenances sociales. Elle avait le permis de conduire et des amis sur qui elle pouvait compter. Elle avait également un diplôme spécifique et parlait plusieurs langues.

Le Dr U. \_\_\_\_\_ ne retenait pas d'incohérences, ni d'exagération de la symptomatologie. Il n'y avait pas de refus de traitement mais celui-ci devait être adapté en augmentant la posologie du traitement

en cours, en l'associant à un traitement antidépresseur et en augmentant le rythme du suivi psychothérapeutique avec un travail cognitivo-compartimental. Il y avait uniformité entre les plaintes alléguées, notamment celles concernant l'anxiété et les difficultés rencontrées dans tous les domaines de la vie. Le médecin a ajouté que l'expertisée s'était restreinte dans un mode de fonctionnement dans lequel elle n'avait pas le sentiment d'être en présence d'éléments anxiogènes.

Au final, l'expert psychiatre a retenu une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle d'employée de bureau depuis 2009 et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante, soit une activité sans risque de critiques majeures, évitant la présence de trop de monde et le travail dans un endroit clos, ceci depuis toujours et sans baisse de rendement.

**bb)** La recourante a remis en cause la valeur probante du volet psychiatrique de l'expertise en question, se prévalant notamment de l'avis de la Dre I. \_\_\_\_\_ du 17 mars 2025.

Dans un premier argument, la recourante a estimé que la description de son parcours professionnel était contributif dans la perspective de l'évolution de l'atteinte, ce que n'avait pas approfondi l'expert psychiatre. Cela était par ailleurs confirmé par le décompte individuel AVS qui laissait apparaître « *un avant et un après* » la fin des rapports de travail avec BN. \_\_\_\_\_.

Or l'expert U. \_\_\_\_\_ a effectivement pris en compte le parcours professionnel et la chronologie de l'évolution de l'atteinte puisqu'il a établi une chronologie de ces faits et qu'il s'est également référé de manière exhaustive aux rapports fournis au dossier depuis le début de la procédure. Le fait que cela soit présenté de manière chronologique dans l'expertise du 16 janvier 2025 ne porte pas le flanc à la critique.

Dans un second argument, la recourante fait valoir que la Dre I. \_\_\_\_\_ a apporté de nombreux détails corroborant le trouble anxieux

ayant évolué dans le temps et sa gravité, de sorte que l'apparition de ce trouble serait probablement antérieure à 2009. Au surplus, l'expert psychiatre n'aurait pas démontré la survenance du trouble mixte de la personnalité au début de l'âge adulte conformément aux critères de la CIM-10, ce qui relativiserait son diagnostic.

Or il convient de constater que la Dre I. \_\_\_\_\_ n'a pas fourni, à l'appui de son rapport du 17 mars 2025, d'élément médical objectivement nouveau dont l'expert psychiatre n'aurait pas tenu compte. Ses conclusions ne sont qu'une appréciation différente d'une même situation, qui ne sauraient remettre en doute les conclusions de l'expert psychiatre, ou faire état d'une aggravation de l'état de santé qui serait survenue depuis le rapport d'expertise du 16 janvier 2025, respectivement l'examen expertal du 27 septembre 2024

L'expert a par ailleurs précisé que les traits de personnalité évitante et anankastique étaient interdépendants et engendraient des difficultés importantes au niveau relationnel et professionnel avec des fuites et que ces difficultés existaient « *depuis de nombreuses années* », se référant par ailleurs aux difficultés relationnelles entre l'assurée et son père.

Dans un troisième argument, la recourante fait en substance valoir que l'évaluation des ressources et des limitations comporte des lacunes et incohérences et que la mauvaise compréhension du processus d'évaluation à l'aide des indicateurs enlèverait à l'expertise du Dr U. \_\_\_\_\_ sa valeur probante. Toutefois, l'expert a, sur le plan des ressources, indiqué que l'intéressée avait des difficultés à travailler avec les autres de peur d'être critiquée et que les changements étaient source d'angoisse. Il a en outre procédé à l'examen des capacités, des ressources et des difficultés de l'assuré au regard des critères de la MINI CIF 10. Selon lui, les constatations cliniques concrètes avaient permis d'aboutir à des diagnostics ayant un impact sur la capacité de travail et qui engendraient des limitations fonctionnelles. Son appréciation ne porte ainsi pas le flanc à la critique, de sorte que l'argument de la recourante sur ce point doit être rejeté.

Au surplus, il n'y a pas lieu d'examiner plus en détail le bien-fondé des conclusions rendues par la Dre I. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 17 mars 2025 car le recours doit, quoi qu'il en soit, être admis pour un autre motif.

**cc)** Compte tenu des éléments qui précèdent, rien ne justifie de s'écarter des constats du rapport d'expertise du Dr U. \_\_\_\_\_, qui est bien élaboré, repose sur un examen complet du dossier médical, tient compte de l'ensemble des spécificités du cas particulier et comporte des conclusions claires, dûment motivées et exemptes de contradictions. Ce rapport satisfait ainsi aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante et de procédure probatoire structurée.

**9. a)** Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives ; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; 110 V 273 consid. 4b ; TF 8C\_661/2023 du 21 mai 2024 consid. 5 ; TF 9C\_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 8C\_661/2023 du 21 mai 2024 consid. 5 ; TF 8C\_150/2013 du

23 septembre 2013 consid. 3.2 ; TF 9C\_984/2008 du 4 mai 2008 consid. 6.2 ; TFA I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329 ; TFA I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 8C\_150/2013 cité ; TFA I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références citées, *in VSI* 1999 p. 246).

**b)** En l'occurrence, les experts ont consensuellement mis en évidence les limitations fonctionnelles suivantes : activités sédentaires ou semi-sédentaires, principalement en position assise, en autorisant les changements de position, pas d'efforts de soulèvement à partir du sol au-delà de 5 kg, port de charge proche du corps limité à 5 kg, éviter les porte-à-faux du buste et les rotations répétées du buste, pas de position à genoux et accroupie, pas de montée et de descente d'escaliers répétées, pas de travail en hauteur (échelle, escabeau, échafaudage, tabouret), pas de mouvement de préhension et de pronosupination forcée de la main gauche, activité sans critique majeure, avec un cahier des charges précis, dans un endroit qui ne doit pas être clos et sans présence de trop de monde.

Sur la base de ces éléments, le service de réadaptation de l'intimé a considéré que la recourante pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple dans le domaine du montage, du contrôle ou de la surveillance d'un processus de production, en qualité d'ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ou encore en qualité d'ouvrière dans le conditionnement.

Or la Cour de céans peine à comprendre en quoi les exemples concrets d'activités mentionnés par le service de réadaptation de l'intimé seraient compatibles avec les nombreuses limitations fonctionnelles retenues par le corps médical et doute que cette problématique ait été examinée avec l'attention requise par les circonstances. A titre d'exemples, les activités de montage, contrôle ou surveillance impliquent, par essence, une concentration dont il est douteux que la recourante soit pourvue. La neuropsychologue BG. \_\_\_\_\_ a en effet constaté un déficit attentionnel, incluant un ralentissement de la vitesse de traitement et des difficultés d'attention soutenue. En sus des contraintes relatives à la situation somatique de la recourante, soit des activités sédentaires ou semi-sédentaires, principalement en position assise, en autorisant les changements de position, pas d'efforts de soulèvement à partir du sol au-delà de 5 kg, port de charge proche du corps limité à 5 kg, éviter les porte-à-faux du buste et les rotations répétées du buste, pas de position à genoux et accroupie, pas de montée et de descente d'escaliers répétées, pas de travail en hauteur (échelle, escabeau, échafaudage, tabouret), pas de mouvement de préhension et de pronosupination forcée de la main gauche ; il faut de surcroît que le travail envisagé puisse être effectué dans un environnement calme et structuré, sans critiques ou situations anxiogènes. Si l'on reprend plus spécifiquement les limitations fonctionnelles posées dans le volet psychiatrique de l'expertise, on lit encore que la recourante ne doit pas travailler dans un endroit clos, en présence de trop de monde. On peine à cet égard à discerner quelle usine dans laquelle les personnes employées effectuent des activités de montage, de contrôle ou de surveillance d'un processus de production, d'ouvrière à l'établi dans des activités simples et légère ou d'ouvrière dans le conditionnement ne serait pas un endroit clos, ou ne réunirait pas trop de monde. De même, on peine à saisir quelle serait l'activité qui ne serait pas susceptible de donner lieu à des critiques. En réalité, le descriptif de l'activité qui serait adaptée à la recourante est celui d'une activité occupationnelle effectuée dans un milieu protégé, et non dans le marché libre. On ne voit dès lors pas quelle activité la recourante pourrait exercer au regard de ses limitations fonctionnelles somatiques et psychiatriques.

Compte tenu des limitations fonctionnelles retenues par le corps médical, il doit être admis que même en prenant en considération le large éventail d'activités simples et répétitives ne nécessitant pas de formation dans les secteurs de la production et des services, les possibilités d'un emploi adapté aux importantes limitations de la recourante n'apparaissent pas suffisantes pour qu'elle puisse mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le plan économique dans une mesure significative.

Il convient ainsi de s'écarter de l'appréciation de l'intimé sur ce point et de retenir une incapacité de travail de 100 % dans toutes activités dès le mois de septembre 2020, date de l'aggravation de l'état de santé de la recourante correspondant au début du suivi psychiatrique documenté (cf. avis SMR du 20 janvier 2025).

**c)** Compte tenu d'une incapacité de travail totale dans toute activité de l'économie libre depuis le mois de septembre 2020, le degré d'invalidité se confond avec cette incapacité et s'élève à 100 %, sans qu'il ne soit nécessaire de procéder à une comparaison de revenus précisément chiffrée.

**d)** Sur le vu de ce qui précède, la recourante a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> mars 2022 (art. 28 al. 1 et 29 LAI).

**10. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision du 16 mai 2025 réformée, en ce sens que la recourante a droit à une rente d'invalidité entière dès le 1<sup>er</sup> mars 2022.

**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 intimée, vu l'issue du litige.

**c)** La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'500 fr.,

débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimé.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 16 mai 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que B. \_\_\_\_\_ a droit à une rente d'invalidité entière dès le 1<sup>er</sup> mars 2022.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B. \_\_\_\_\_ une somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre d'indemnité de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Procap Suisse (pour B. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,

- 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).

La greffière :