

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 décembre 2025

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mme Berberat et M. Piguet, juges  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

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

et

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

---

**Art. 6 s. et 17 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI**

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

**A.** P.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], au bénéfice d'une attestation de formation professionnelle de coiffeuse, a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 10 novembre 2016 en raison de douleurs généralisées et de fibromyalgie.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'assurée a été soumise à une expertise en médecine interne, rhumatologie et psychiatrie auprès de la Clinique romande de réadaptation (CRR) dont la réalisation a été confiée aux Drs Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans le rapport qu'ils ont rendu le 29 juillet 2019, les experts ont diagnostiqué un tabagisme chronique (F17.9) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Au terme de cette évaluation, ils ont admis de manière unanime qu'il n'y avait aucune atteinte significative à la santé physique et psychique susceptible d'occasionner des limitations fonctionnelles dans toute activité sur le premier marché de l'emploi et par conséquent de générer une incapacité de travail (dans des activités non qualifiées ou l'activité de coiffeuse). Les experts n'étaient pas en mesure de suggérer des mesures médicales susceptibles d'avoir un impact positif sur la capacité de travail de l'assurée. Enfin, ils ont considéré que le pronostic de réinsertion demeurait sombre en raison des facteurs extra-médicaux (manque de formation professionnelle, croyances quant à son état maladif incurable, auto-appréciation d'un handicap majeur et cristallisé) et des facteurs socio-culturels, le tout aboutissant à l'enkystement dans son trouble actuel.

Se ralliant à l'avis des experts de la CRR, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), par décision du 13 novembre 2019, a refusé toute prestation à l'assurée, au motif qu'elle présentait une pleine capacité de travail dans toute activité, en l'absence d'une atteinte invalidante au sens de l'assurance-

invalidité. Cette décision a été confirmée par arrêt du 14 août 2020 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud (AI 411/19). Cet arrêt n'ayant pas été contesté, il est entré en force.

**B.** Le 15 janvier 2021, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI, qu'elle a précisée le 8 février 2021, invoquant une péjoration de son état de santé. L'OAI a refusé d'entrer en matière par décision du 25 juin 2021, estimant que l'assurée n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé. Cette décision a été confirmée par arrêt du 14 septembre 2021 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud (AI 289/21), puis par le Tribunal fédéral (TF 9C\_576/2021 du 2 février 2022).

Dans le cadre de cette procédure, la recourante avait produit deux rapports médicaux devant le Tribunal fédéral, soit un rapport d'examen psychologique du 18 octobre 2021 de la Dre T.\_\_\_\_\_, psychologue, ainsi qu'un rapport d'évaluation neuropsychologique du 26 octobre 2021, des Dres N.\_\_\_\_\_, G.\_\_\_\_\_, psychologues spécialistes en neuropsychologie et K.\_\_\_\_\_, psychologue, lesquelles ont notamment rapporté ce qui suit :

“Le bilan neuropsychologique met en évidence des résultats très inférieurs à la moyenne dans divers domaines (langage oral, exécutif, attention, mnésique, gnosies). Néanmoins, les performances à une épreuve de validation sont très insuffisantes, pouvant suggérer que la patiente présente des difficultés de mobilisation de ses ressources cognitives et de ce fait, les résultats sont probablement peu représentatifs des capacités réelles de Mme P.\_\_\_\_\_. Ces difficultés de mobilisation de ressources cognitives pourraient s'expliquer avec la situation socio-psychologique actuelle. La poursuite de la prise en charge psychothérapeutique est vivement recommandée.”

**C.** **a)** Le 12 mai 2022, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations AI, invoquant une aggravation de sa dépression à la suite de la fibromyalgie. Outre le rapport susmentionné de la Dre T.\_\_\_\_\_, la recourante fondait sa nouvelle demande sur un rapport médical du 26 avril 2022 des Dres A.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et D.\_\_\_\_\_, médecin assistante, lesquelles ont

diagnostiqué un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (CIM-10 : F32.3) et une fibromyalgie (CIM-10 : M79.7). La capacité de travail de l'assurée était considérée comme nulle dans toute activité, même dans un environnement protégé.

Se fondant sur un avis médical du 30 juin 2022 du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), l'OAI, par projet de décision du 30 juin 2022, a informé l'assurée qu'il envisageait de ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande, l'examen du dossier n'ayant montré aucun changement.

Par courrier du 5 septembre 2022, l'assurée, par l'intermédiaire de Procap, a présenté ses objections à l'endroit du projet de décision du 30 juin 2022 en concluant à son annulation, à la clarification de son état de santé actuel moyennant un complément de l'instruction médicale et au rendu d'un nouveau projet en tenant compte des observations qu'elle avait faites. A cette occasion, l'assurée a produit un nouveau rapport médical du 25 août 2022 des Dres A. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_, lesquelles confirmaient leur précédent rapport du 26 avril 2022.

Se fondant sur un avis médical du 14 octobre 2022 du SMR, l'OAI, par décision du 17 octobre 2022, a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée le 12 mai 2022 par l'assurée. Cette décision a été confirmée par arrêt du 10 juillet 2023 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud (AI 310/22). Par arrêt du 15 avril 2024 (cause 9C\_555/2023), le Tribunal fédéral a partiellement admis le recours interjeté par P. \_\_\_\_\_, a annulé l'arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 10 juillet 2023 et la décision de l'OAI du 17 octobre 2022, a renvoyé la cause à cet office pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision, et a rejeté le recours pour le surplus. Cet arrêt repose notamment sur les considérations suivantes :

**"5.**

**5.1** La recourante reproche ensuite aux juges précédents d'avoir considéré que les pièces qu'elle avait déposées en procédure administrative ne rendaient pas plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision reposant sur un examen matériel de son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

**5.2** Comme le fait valoir la recourante, l'appréciation de la juridiction cantonale selon laquelle les médecins traitants n'auraient fait que substituer leur appréciation à celle des experts de la CRR, de sorte que sa situation médicale serait superposable à celle prévalant au moment de l'expertise de juillet 2019, apparaît insoutenable. En effet, les médecins traitants ont mis en évidence des éléments nouveaux suffisant à rendre plausible une aggravation de la situation médicale par rapport à l'évaluation de juillet 2019. Alors que le docteur Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès de la CRR, avait exclu un diagnostic de trouble de l'humeur, les doctresses A.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ ont mentionné une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis février 2022, en posant le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F 32.3), dans leur rapport du 26 avril 2022. Les médecins traitants ont motivé leur diagnostic en indiquant, entre autres éléments, avoir clairement observé un ralentissement psychomoteur, un regard vide et apeuré, un trouble de la concentration et des limitations fonctionnelles en relation avec des hallucinations visuelles et auditives, une persécution avec des délires et une anxiété généralisée (cf. aussi rapport du 25 août 2022). Ils ont par ailleurs préconisé une hospitalisation en raison de l'aggravation constatée. Cette recommandation n'entre nullement en contradiction avec le rapport de la CRR, à l'inverse de ce qu'ont retenu les premiers juges, puisque les conclusions des doctresses A.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ sont fondées sur une évolution négative de l'état de santé psychique de l'assurée, qualifiée de critique depuis février 2022. L'appréciation de l'instance précédente selon laquelle la situation médicale de la recourante est superposable à celle prévalant au moment de l'expertise de juillet 2019 ne peut dès lors pas être suivie.

**5.3** Dans ces circonstances, en considérant que les rapports médicaux produits par la recourante ne rendaient pas plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision administrative du 13 novembre 2019, la juridiction cantonale a apprécié arbitrairement les faits et les preuves. Aussi la cause est-elle renvoyée à l'office AI pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande et détermine l'influence de l'aggravation de l'état de santé de l'assurée sur un éventuel droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Le recours est bien fondé sur ce point. Il est dès lors superflu d'examiner les autres griefs soulevés par la recourante, en particulier celui portant sur l'absence de "compétences nécessaires" de la doctresse F.\_\_\_\_\_, médecin au Service régional de l'assurance-invalidité (SMR)."

Il sied de préciser que devant la Haute Cour, P.\_\_\_\_\_ avait produit un rapport du 26 janvier 2023 consécutif à une hospitalisation volontaire du 17 au 21 novembre 2022 auprès du Département de psychiatrie au CHUV en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode

actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3) et, comme diagnostic secondaire, d'une fibromyalgie (M79.7). Après avoir bénéficié d'un traitement psychiatrique et psycho-thérapeutique intégré, l'assurée avait pu retourner à domicile. Ce document renvoyait auprès du psychiatre traitant pour l'évaluation de la capacité de travail.

**b)** Après être entré en matière sur la troisième demande de prestations AI déposée le 12 mai 2022, l'OAI a recueilli un formulaire de détermination du statut (part active/part ménagère) du 14 mai 2024 dans lequel l'assurée a indiqué que si elle avait été en bonne santé, elle travaillerait à plein temps comme coiffeuse ou ouvrière d'usine, ceci par nécessité financière.

Dans un rapport du 7 juin 2024, les Dres B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et D.\_\_\_\_\_ ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptôme psychotique (F33.3) et une fibromyalgie (M79.7). La capacité de travail de l'assurée était considérée comme nulle dans toute activité, même adaptée. Le pronostic était réservé et le suivi se poursuivait à une fréquence mensuelle.

Dans un rapport du 12 août 2024, la Dre R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, médecin traitante, a posé les diagnostics de fibromyalgie depuis 2012 (diagnostic différentiel : syndrome somatoforme douloureux), de bronchopneumopathie chronique obstructive, tabagisme, et de probable psychose avec malaise et a indiqué qu'une nouvelle évaluation neurologique avait cours. La médecin traitante a fait part d'un *statu quo* sur le plan somatique et a indiqué que l'assurée bénéficiait d'un suivi psychologique. La capacité de travail était nulle dans toute activité depuis le 5 février 2021, avec un mauvais pronostic. Les limitations fonctionnelles étaient pas de position à genoux, ni accroupie, la nécessité de changer de position toutes les dix à quinze minutes, et pas de travail avec les mains (douloureuses et des crampes). En annexe à son rapport, la Dre R.\_\_\_\_\_ a joint les pièces médicales suivantes :

- cinq rapports de consultations de l'assurée entre les 31 juillet 2021 et 30 juin 2024 auprès du Service des urgences des E. \_\_\_\_\_ (E. \_\_\_\_\_). Dans un rapport du 7 mai 2023, la Dre U. \_\_\_\_\_, médecin-assistante, a retenu des douleurs thoraciques dans le contexte de fibromyalgie. Dans un rapport du 24 décembre 2023, le Dr I. \_\_\_\_\_, médecin-assistant, a constaté des douleurs diffuses sans caractère de gravité. Dans un rapport du 30 juin 2024, le Dr M. \_\_\_\_\_, médecin-assistant, a diagnostiqué un malaise d'allure psychogène dans le cadre d'un trouble dépressif sévère et a retenu dans l'anamnèse ce qui suit (*sic*) : « Hétéro-anamnèse avec mari : présente de pseudo-malaise o[ù] elle ferme les yeux puis se laisse tomber en avant (doucelement, jamais de trauma crânien), puis reste au sol quelques minutes et revient à elle, pas de mouvement tonico-clonique, pas de morsure de langue, pas de perte d'urine » ;

- un rapport du 16 juillet 2024 des Drs X. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_, respectivement médecin-adjoint et médecin-assistant auprès du Département des neurosciences cliniques au CHUV, qui ont diagnostiqué des crises non-épileptiques psychogènes (CNEP/PNES) et une hypoesthésie facio-brachio-crurale droite d'origine fonctionnelle.

Par avis médical du 6 septembre 2024, le SMR a résumé l'axe somatique sur la base des renseignements recueillis au dossier et a indiqué rester dans l'attente d'un éventuel rapport en lien avec une hospitalisation de l'assurée en psychiatrie.

Dans un rapport du 10 septembre 2024 consécutif à une hospitalisation volontaire du 27 août au 6 septembre 2024 au sein du Département de psychiatrie au CHUV, les médecins ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3).

Par avis médical du 11 novembre 2024, le SMR a retenu que la situation de l'assurée paraissait toujours semblable à celle décrite lors de l'expertise datant de 2019. Néanmoins, il a sollicité l'avis des experts afin

de préciser l'évolution de la situation médicale depuis 2019 dans les axes psychiatrique et rhumatologique au vu des limitations fonctionnelles retenues par la Dre R.\_\_\_\_\_.

Dans le cadre de son instruction, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise bidisciplinaire de l'assurée au J.\_\_\_\_\_ Sàrl de [...] (ci-après : le J.\_\_\_\_\_). Le 11 février 2025, les Drs L.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et V.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, ont rendu leur rapport d'expertise, avec volets rhumatologique et psychiatrique. Ils ont posé les diagnostics suivants :

**“Au plan somatique**

***Diagnostics incapacitants :***

Fibromyalgie M797.

Cervicalgies mécaniques sur atteinte dégénérative débutante M542.

Gonarthrose gauche débutante M170, avec status post fracture rotulienne non déplacée.

***Diagnostics non-incapacitants :***

Obésité E66.

**Au plan psychique**

***Diagnostics incapacitants :***

Aucun.

***Diagnostics non-incapacitants :***

Aucun.”

Sur le plan somatique, les experts du J.\_\_\_\_\_ ont retenu, depuis 2015, une capacité de travail de l'assurée à 80 % jusqu'à octobre 2024, puis à 56 % dans l'activité habituelle. La capacité de travail était évaluée à 80 % (100 % avec une perte de rendement de 20 %), sans évolution depuis 2015, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (nécessité d'une répartition harmonieuse des horaires de travail dans une activité à prédominance sédentaire, permettant d'alterner les positions assises et debout avec réalisation de courtes pauses, éviction des mouvements en hyperextension et rotations du rachis cervical, pas de soulèvement de charges depuis le sol au-delà de cinq kilos, pas de stations accroupie ou à genoux, pas de stations debout prolongée, pas d'usage d'échelles ou d'escabeaux, ni de montées et descentes répétées

d'escaliers). Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail était entière depuis toujours. Les experts ont précisé que, sur le plan somatique, la mise à contribution des options thérapeutiques n'était que partielle mais qu'au vu du vécu douloureux pessimiste et de la chronicité des symptômes, seule une levée partielle de la perte de rendement était attendue.

Les experts du J. \_\_\_\_\_ ont sollicité un examen neuropsychologique de l'assurée auprès de la psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP O. \_\_\_\_\_ qui l'a examinée le 13 janvier 2025 puis a rendu un rapport le 17 janvier 2025 qui se termine de la manière suivante :

**“Conclusion :**

Cet examen neuropsychologique, chez une assurée de 48 ans, acceptant de réaliser toutes les tâches proposées, met en évidence un échec à tous les tests de validité des *symptômes* et des *performances*, spécifiques et imbriqués. A souligner que l'échec aux tests spécifiques de validité des performances ne peut s'expliquer par une pathologie psychique, même grave, car ils sont habituellement réussis par les personnes souffrant de dépression majeure ou de schizophrénie par exemple. L'assurée obtient à ces tests des résultats également inférieurs à ceux de personnes souffrant de handicap intellectuel. De plus, un test de reconnaissance en choix forcés aboutit à des résultats clairement en-dessous du niveau du hasard. En outre, en langage, des tâches très simples sont échouées (séries automatiques), comme cela peut être le cas chez les personnes aphasiques, alors que l'assurée ne présente quant à elle cliniquement pas de manque du mot ni de paraphasies et s'exprime de façon fluente et informative.

Aux tests neuropsychologiques, la plupart des tâches proposées aboutissent à des résultats inférieurs à la norme (langage oral, transcodage numérique, praxies idéomotrices et constructives, gnosies visuelles, mémoire immédiate auditivoverbale et antérograde visuelle, fonctions exécutives et attentionnelles). En revanche, l'écriture est fonctionnelle, de même que la lecture à haute voix.

De plus, l'assurée mentionne des hallucinations visuelles lors de l'anamnèse (six serpents et six souris seraient présents dans mon bureau), mais je n'ai observé aucune attitude d'écoute ni comportement témoignant d'hallucinations visuelles pendant la séance. En outre, un test de validité des symptômes étant échoué, les plaintes de l'assurée doivent être interprétées avec prudence.

En regard du dernier examen (2021) on observe une baisse des résultats en dénomination d'images, le reste du tableau étant globalement superposable. En effet, les tests de validité des

performances sont à nouveau échoués, bien que des mesures différentes aient été administrées aujourd'hui.

Compte tenu des résultats aux tests de validité des performances, les scores obtenus à cet examen ne représentent pas les capacités réelles de l'assurée. De plus, les résultats clairement en-dessous du niveau du hasard à un test de reconnaissance ne permettent pas d'exclure un effort cognitif autolimité.”

Par avis médical du 18 février 2025, le SMR s'est positionné sur le rapport d'expertise bidisciplinaire du J.\_\_\_\_\_ en indiquant que cette expertise était convaincante en raison d'examens cliniques précis et objectifs, d'une anamnèse poussée et de manière générale compte tenu de la bonne connaissance du dossier par les experts. Le SMR a relevé toutefois que les conclusions dans l'axe rhumatologique étaient difficiles à suivre dès lors que seule une fibromyalgie était retrouvée, diagnostic déjà retenu lors de l'expertise précédente de 2019 et pour lequel l'expert rhumatologue n'avait pas de motif pour une limitation fonctionnelle somatique. En l'absence d'atteinte psychiatrique, il n'y avait aucune raison de retenir des limitations fonctionnelles ou une diminution de rendement, respectivement de la capacité de travail. Une arthrose débutante du genou n'avait pas de répercussion chez une assurée qui marchait sans boiterie, ne présentait ni épanchement, ni tuméfaction et qui n'avait plus de suivi. En conclusion, le SMR a retenu qu'il n'y avait aucune modification des limitations fonctionnelles depuis la dernière expertise en 2019 en sorte que la situation médicale était inchangée.

Par projet de décision du 27 février 2025, l'OAI a informé l'assurée qu'il comptait rejeter sa troisième demande de prestations. Selon ses constatations, l'examen de cette nouvelle demande n'avait pas permis d'objectiver une modification de l'état de santé depuis la décision du 25 juin 2021.

A l'appui de sa contestation des 26 mars 2025 et 12 mai 2025 contre le projet de décision du 27 février 2025, l'assurée, alors représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a demandé à l'OAI de revoir sa position. Elle a produit un rapport du 30 avril 2025 adressé à son avocat par les Dres B.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, confirmant les diagnostics de trouble

dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptôme psychotique (F33.3) et de fibromyalgie (M79.7) ainsi que l'évaluation d'une capacité de travail de l'assurée nulle en toute activité, même adaptée. Depuis le début du suivi en décembre 2021 auprès du Centre de psychiatrie et psychothérapie H.\_\_\_\_\_, l'état de l'intéressée était décrit comme stationnaire au niveau de la symptomatologie psychotique, avec parfois de brèves améliorations sur le plan thymique. La psychiatre traitante ne se positionnait pas sur le rapport d'expertise bidisciplinaire du J.\_\_\_\_\_ étant d'avis que cette question relevait de la compétence d'un expert psychiatre.

Selon une fiche d'examen du dossier du 16 juin 2025, la gestionnaire en charge du cas à l'OAI a interpellé le SMR, lequel a proposé de maintenir ses conclusions en l'absence de changement.

Par décision du 16 juin 2025, l'OAI a confirmé son projet de décision du 27 février 2025 rejetant la dernière demande de prestations de l'assurée déposée le 12 mai 2022. Par courrier du même jour, l'OAI a pris position sur les critiques soulevées à l'appui de la contestation envers son projet de décision.

**D.** Par acte du 23 juillet 2025 (date du timbre postal), P.\_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 16 juin 2025, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité depuis l'année 2019. En substance, elle demande au tribunal d'intervenir auprès de l'OAI afin de tenir compte de l'arrêt rendu le 15 avril 2024 par le Tribunal fédéral lequel aurait admis qu'elle présente une atteinte partielle à sa santé et sur la base duquel elle estime avoir le droit au versement d'une rente d'invalidité, éventuellement entière, depuis 2019. Ce faisant, elle conteste la capacité de travail résiduelle retenue en opposant les avis divergents des médecins consultés. Elle s'insurge sur le fait qu'elle consomme de l'alcool en reprochant à l'OAI de s'être fondé sur le rapport d'expertise bidisciplinaire du J.\_\_\_\_\_ dont elle doute de la valeur probante, en particulier au vu de

ses examens réalisés sur deux jours d'une durée de deux heures pour chaque discipline médicale.

Dans sa réponse du 17 septembre 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il observe qu'à la suite de l'arrêt du 15 avril 2024 du Tribunal fédéral, il a instruit la nouvelle demande de prestations déposée le 12 mai 2022 et que son examen n'a pas permis d'objectiver une modification de l'état de santé de la recourante depuis la décision du 13 novembre 2019, si bien que le droit aux prestations n'est pas ouvert.

Le 21 octobre 2025, la recourante a produit un rapport du 29 septembre 2025 établi à sa demande par les Dres D.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du Centre de psychiatrie et psychothérapie H.\_\_\_\_\_. Il ressort ce qui suit de ce rapport :

“[...] À ce jour, la patiente a été reçue à neuf reprises en psychothérapie au Centre de psychiatrie et psychothérapie H.\_\_\_\_\_, établissement de [...]. Son état de santé psychique et physique demeure extrêmement préoccupant et, en l'état actuel, n'autorise en aucun cas la reprise d'une activité professionnelle. L'incapacité de travail doit être considérée comme totale (100%).

Le tableau clinique est dominé par :

- des troubles de l'attention et de la concentration sévères ;
- un ralentissement psychomoteur marqué ;
- des symptômes dépressifs intenses et persistants ;
- une grande fatigabilité cognitive et émotionnelle ;
- ainsi qu'une réactivité sensorielle exacerbée (aux bruits, aux échanges verbaux), entraînant régulièrement des malaises et des absences, y compris durant les séances de suivi ;
- des hallucinations sévères ;
- une absence d'autonomie et un manque d'hygiène significatif.

À ce jour, il n'existe aucune amélioration significative ni en lien avec la prise en charge psychothérapeutique, ni en lien avec les traitements médicamenteux entrepris. Au contraire, l'évolution tend à être péjorative.

Ces éléments témoignent d'une situation cliniquement sévère, dont le pronostic de réinsertion professionnelle est très compromis à moyen terme.”

Dans ses déterminations du 6 novembre 2025, produisant un avis du 24 octobre 2025 du SMR, l'OAI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée.

**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 (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. a)** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité à la suite d'une nouvelle demande de prestations.

**b)** 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). Le nouveau droit est donc applicable en l'espèce, la nouvelle demande datant du 12 mai 2022.

**3. 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). En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %.

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge en cas de recours – se base sur des documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

**d)** L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1).

**e)** 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 LPGA, 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 ; 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1). 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).

**4.** 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).

**5.** L'OAI est entré en matière sur la troisième demande de prestations déposée le 12 mai 2022 par la recourante après l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral du 15 avril 2024 (TF 9C\_555/2023), considérant qu'elle avait rendu plausible une aggravation de son état de santé à compter du mois de février 2022, à la suite du diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3) et de l'aggravation des symptômes (un ralentissement psychomoteur, un regard vide et apeuré, un trouble de la concentration et des limitations en relation avec des hallucinations visuelles et auditives, une persécution avec des délires et une anxiété généralisée ; cf. rapports des 26 avril et 25 août 2022 des

Dres A.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_). Lorsque, comme en l'espèce, 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 recourante est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA (dans sa teneur en vigueur depuis le 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 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). En l'espèce, l'évaluation de l'état de santé doit par conséquent s'apprécier avec comme point de comparaison la décision de l'office intimé du 13 novembre 2019 (confirmée par l'arrêt en force du 14 août 2020 de la Cour de céans [CASSO AI 411/19]).

**6. a)** La décision rendue le 13 novembre 2019 est fondée sur l'expertise pluridisciplinaire confiée par l'OAI à la CRR. Les experts ont rendu leur rapport le 29 juillet 2019. Au terme de leur évaluation, ils ont posé les diagnostics de tabagisme chronique (F17.9) et de syndrome douloureux persistant (F45.4). Ils ont admis de manière unanime que l'assurée ne présentait aucune atteinte significative à la santé physique et psychique susceptible d'occasionner des limitations fonctionnelles dans toute activité sur le premier marché de l'emploi, et par conséquent de générer une incapacité de travail (dans des activités non qualifiées ou l'activité de coiffeuse).

**b)** La décision attaquée est fondée sur l'expertise du J.\_\_\_\_\_ du 11 février 2025. Sous réserve des limitations fonctionnelles retenues sur le plan physique et qui seront discutées plus bas, le rapport d'expertise bidisciplinaire du J.\_\_\_\_\_ satisfait à toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document (cf. consid. 3d-e supra).

Il convient de relever que les experts ont examiné l'ensemble des pièces du dossier médical mis à leur disposition, les ont résumées, puis, après avoir examiné chacun la recourante personnellement et rendu leurs évaluations respectives, ils ont posé l'anamnèse, décrit la journée-type avant d'exposer son statut clinique (psychiatrique et rhumatologique) et ont discuté les diagnostics retenus, respectivement ceux exclus en prenant le soin de discuter les avis des autres médecins figurant au dossier. Les experts du J. \_\_\_\_\_ ont en outre tenu compte de l'ensemble des plaintes exprimées par la recourante et ont sollicité, en cours d'expertise, un examen neuropsychologique de celle-ci réalisé le 13 janvier 2025. Les diagnostics posés sont motivés et posés dans les règles de l'art, les experts rendant compte de leur propres constatations cliniques qu'ils analysent en y intégrant la prépondérance des nombreux facteurs extra-médicaux constatés compromettant les chances de réinsertion de la recourante. Les experts ont également répondu de manière claire aux questions de l'administration. La discussion du cas s'avère dès lors dûment motivée et convaincante.

**7. a)** La recourante fait valoir une aggravation de son état santé intervenue sur le plan psychiatrique.

**b)** Dans son rapport du 17 juillet 2019, l'expert psychiatre de la CRR a écarté chez l'assurée un trouble de l'adaptation, à la suite d'un accident du mari, ainsi qu'un trouble anxieux sans précision et une modification durable de la personnalité. Devant un climat relativement démonstratif, sans intention consciente de la part de l'assurée, l'expert a exclu une problématique de type dissociatif. Compte tenu des malaises évoqués, lesquels pouvaient faire penser à des épisodes de stupeur dissociative, et sur la base d'un épisode observé durant l'entretien, l'expert n'a pas constaté de diminution marquée du mouvement et du langage ; au contraire, l'assurée avait continué à parler et montré une légère dyspnée à ce moment-là. Par ailleurs, il n'a pas été observé de trouble moteur dissociatif ni d'anesthésie dissociative, en particulier aucun élément suggérant une perte partielle de la vision, de l'audition ou de l'olfaction lors du questionnaire dirigé. L'expert psychiatre n'a pas non plus

relevé la présence d'un trouble de l'humeur, la tristesse exprimée devant lui n'étant pas d'une intensité significative mais s'inscrivant dans une constellation symptomatique dont la douleur persistante figurait au centre.

L'ensemble du tableau clinique observé lors de l'expertise à la CRR ainsi que les éléments anamnestiques à disposition étaient compatibles avec le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant dont les critères étaient remplis (à savoir, une douleur persistante intense accompagnée d'un sentiment de détresse, ubiquitaire, qui n'était pas expliquée par un processus physiologique, mais qui constituait la préoccupation essentielle de l'assurée, et l'association à une fatigue intense, à des douleurs mandibulaires ainsi qu'à des malaises peu spécifiques). Cette atteinte n'était toutefois pas incapacitante.

**c)** Dans son rapport du 11 février 2025, l'expert psychiatre du J.\_\_\_\_\_ n'a pas retenu de diagnostics relevant de sa spécialité médicale. Il s'est distancié de ceux évoqués par la psychiatre traitante.

Ainsi, l'expert a écarté un épisode dépressif chez une assurée théâtrale, démonstrative et peu authentique dont les difficultés cognitives annoncées n'ont pas été confirmées par les tests neurocognitifs réalisés (cf. rapport d'examen neuropsychologique du 17 janvier 2025 de la psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP O.\_\_\_\_\_). Selon l'expert le tableau clinique annoncé n'était pas cohérent. Alors que l'assurée alléguait des hallucinations visuelles, il n'était repéré aucune attitude d'écoute, aucun comportement en rapport avec la vision ni les voix et pas d'anxiété liée auxdites hallucinations. De plus, leur description, leur fréquence et leur intensité demeuraient très floues, sans permettre d'y adhérer, alors que leurs zoopsies n'étaient pas classiques. L'expert a indiqué que l'intéressée avait évoqué les mêmes hallucinations visuelles à la neuropsychologue qui, à son tour, les a qualifiées d'incohérentes et sans pouvoir y adhérer non plus. En outre, l'assurée était apparue à l'expert psychiatre comme détendue en fin d'entretien, et même souriante. Une consommation d'alcool (non chronique ni massive) était retrouvée selon

les chiffres du PETH (phosphatidyléthanol) réalisé, ce qui augurait une consommation potentiellement festive/sociale, ajoutant une incohérence au tableau sévère que l'assurée voulait donner.

Ensuite, l'expert psychiatre a exclu la présence d'un trouble affectif bipolaire étant donné l'absence chez l'expertisée de périodes d'euphorie, de logorrhée, de tachypsychie, de tentamen, d'une inappétence aux produits (malgré une consommation d'alcool festive/sociale vraisemblable sans conséquences médicales), de dépenses inconsidérées, de prise de risque sur la route ou de désinhibition sexuelle, d'une réduction du besoin de sommeil, d'idées de grandeur ou d'augmentation de la communicabilité, et d'antécédent familial. A ce propos, l'expert a relevé qu'un épisode hypomaniaque ou un accès maniaque n'auraient pas manqué d'être rapportés par l'intéressée ou les médecins consultés.

L'expert n'a pas non plus observé la présence d'un trouble anxieux chez l'expertisée qui ne présentait aucune tension interne ou anxiété flottante, aucune irritabilité, dormait bien et sans difficulté d'endormissement, ne présentait aucune difficulté de concentration ou de mémorisation malgré la plainte centrale répétitive et non validée aux tests neuropsychologiques qu'elle avait échoués. Elle n'avait aucune propension à se faire du souci, aucune anxiété généralisée ni phénomène anxieux paroxystique ou mal caractérisé avec une fréquence trop faible pour retenir un trouble panique. Il n'était également pas retrouvé d'agoraphobie, de rituel, de trouble obsessionnel compulsif (TOC), de crainte ou évitement spécifique, ni aucune phobie sociale. Quant aux pseudo crises d'épilepsies qui existaient au moins déjà depuis 2015, il était difficile d'y adhérer à l'instar du reste du tableau clinique allégué ; la crise observée en entretien avait rapidement cessé sur injonction de l'examineur qui avait poursuivi l'entrevue comme si rien ne s'était passé. Pour le reste, il n'était pas observé de flash-back, d'état de stress post-traumatique (ESPT) ni d'événement catastrophique connu.

L'expert n'a également pas retenu de trouble somatoforme douloureux. Il a observé que, malgré les douleurs annoncées en début d'entretien, l'expertisée n'en a plus fait mention par la suite, sans aucune mimique douloureuse durant la durée de l'examen (une heure et quarante minutes). Malgré une plainte depuis un accident banal du mari en 2012 - 2013, l'expertisée n'était pas en recherche d'une solution puisqu'elle ne bénéficiait pas de suivi spécifique par un rhumatologue, ne prenait aucun traitement antalgique (même simple), ni ne consultait un centre antidouleurs ou un physiothérapeute, n'était pas prise en charge en rééducation ou en médecine parallèle, et qu'il existait un doute relatif à l'observance des psychotropes. En outre, l'expertisée ne présentait aucune détresse réelle mais elle était de plus en plus détendue au fur et à mesure et spécialement en fin d'entretien ; elle ne présentait pas de sentiment de victimisation ni d'idées obsessionnelles sur son état de santé (malgré la focalisation sur ses plaintes psychiques et son incapacité de travail autoproclamée), ni de conflit avec le monde médical. Bien qu'elle fût seule durant la journée, elle bénéficiait du soutien de son mari lorsqu'il se trouvait au domicile, des visites familiales et conservait un minimum d'autonomie quotidienne malgré ses dires. En présence de multiples incohérences figurant au dossier, l'expert psychiatre du J.\_\_\_\_\_ n'a pas retenu un trouble somatoforme persistant non incapacitant tel que cela a été diagnostiqué en 2019 par l'expert psychiatre de la CRR, lequel a mentionné un pronostic sombre compte tenu de facteurs extra-médicaux.

L'expert a encore exclu de retenir un trouble psychotique chez l'assurée qui n'avait jamais été délirante ni hallucinée du point de vue visuel, auditif ou cénesthésique et qui n'avait pas présenté de syndrome d'automatisme mental. Il a lui-même observé un contact toujours adapté et bien névrotique de l'expertisée qui s'inscrivait parfaitement dans la réalité, sans altération aucune de ses capacités de jugement, de raisonnement ou de discernement, cela malgré les hallucinations visuelles et auditives alléguées qui n'étaient toutefois pas confirmées lors de l'expertise et des tests neuropsychologiques. En outre, l'intéressée était apparue détendue en fin d'entretien, et même souriante.

Enfin, l'expert psychiatre a exclu un trouble de la personnalité décompensé. Malgré une évaluation perturbée en raison du caractère démonstratif de l'assurée, elle était stable sur le plan familial au moins ; elle consommait de l'alcool vraisemblablement dans un cadre festif/social et avait été capable de travailler, de migrer, de fonder un foyer et d'élever ses enfants. Aussi, malgré l'allégation d'un besoin d'aide et d'un manque de confiance en elle, l'expertisée déclarait avoir toujours bien fonctionné jusqu'en 2012 - 2013 et l'apparition des douleurs. Au vu de l'absence d'une modification durable de la personnalité compte tenu de l'inexistence d'événement de catastrophe, aucun trouble de la personnalité évident n'était constaté.

Dans ces conditions, l'expert psychiatre du J.\_\_\_\_\_ n'a pas retenu d'incapacité de travail, ni de limitation fonctionnelle, estimant que le tableau clinique était identique à celui qui avait déjà cours lors de l'expertise précédente en 2019, sans aucune variation dans le sens d'une aggravation.

Cet avis expertal a été validé par le SMR (avis médical du 18 février 2025), repris ensuite par l'OAI. La Cour de céans ne voit aucun motif justifiant de s'en écarter. Il n'existe donc toujours aucune atteinte à la santé incapacitante sur le plan psychiatrique.

**8. a)** Les experts du J.\_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics incapacitants de fibromyalgie (M79.7), de cervicalgies mécaniques sur atteinte dégénérative débutante (M54.2) et de gonarthrose gauche débutante (M17.0), avec status post fracture rotulienne non déplacée et, comme diagnostic non-incapacitant, une obésité (F66).

Sur la base des avis spécialisés figurant au dossier, l'expert rhumatologue a retenu que l'assurée remplissait les critères diagnostiques de fibromyalgie. Il a constaté que si cette atteinte à la santé en elle-même ne justifiait pas de limitations fonctionnelles sur le plan rhumatologique, l'intensité des douleurs alléguées et la fatigue chronique entraînaient une

perte de rendement ainsi que la nécessité d'une répartition harmonieuse des horaires de travail, depuis 2015, date du diagnostic de fibromyalgie.

L'expert a indiqué que les cervicalgies mécaniques sur atteinte dégénérative débutante et la gonarthrose gauche débutante motivaient des limitations fonctionnelles rhumatologiques qui étaient : « nécessité d'une activité professionnelle à prédominance sédentaire, permettant d'alterner les stations assises et debout avec réalisation de courtes pauses. Éviction des mouvements en hyperextension et rotations du rachis cervical. Absence d'efforts de soulèvement depuis le sol au-delà de 5 kg. Absence de stations accroupies ou à genoux, de station debout prolongée, d'usage d'échelles ou d'escabeaux, ni de montées et descentes des escaliers ». Depuis 2015, la capacité de travail de l'assurée est estimée à 80 % jusqu'à octobre 2024, puis à 56 % dans l'activité habituelle, et à 80 % (100 % avec une perte de rendement de 20 %), sans évolution depuis 2015, dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles précitées.

**b)** Par avis médical du 18 février 2025, le SMR a partiellement validé les conclusions de l'expert rhumatologue du J.\_\_\_\_\_ en exposant les motifs médicaux pour lesquels les limitations fonctionnelles ou une baisse de rendement dues à la fibromyalgie selon cet expert ne pouvaient pas être admises. Observant que l'arthrose débutante du genou gauche ne justifiait pas de restriction fonctionnelle, chez une assurée qui marchait sans boiterie, ne présentait ni épanchement ni tuméfaction et n'avait plus de suivi, le SMR a conclu à l'absence de modification de l'état de santé de la recourante depuis 2021. L'OAI a repris et complété ces explications à l'examen du rapport du 30 avril 2025 de la psychiatre traitante, pour écarter les limitations fonctionnelles physiques retenues depuis la précédente expertise à la CRR (cf. courrier du 16 juin 2025 accompagnant la décision attaquée, p. 3).

**c)** La Cour de céans est d'avis qu'il se justifie de suivre les conclusions médicales du SMR et de l'OAI sur le plan somatique.

**aa)** Le diagnostic de fibromyalgie a été examiné puis écarté au profit d'un syndrome douloureux somatoforme persistant non invalidant lors de l'expertise de la CRR de 2019 ; cette atteinte n'induisait aucune limitation fonctionnelle, ni une baisse de rendement chez la recourante. L'expert du J.\_\_\_\_\_ a retenu la fibromyalgie depuis 2015, ce qui s'apparente à une appréciation différente de la même situation. Il a noté que cette atteinte ne justifiait pas de limitation fonctionnelle sur le plan rhumatologique mais que l'intensité des douleurs alléguées et la fatigue chronique entraînaient une perte de rendement et la nécessité d'une répartition harmonieuse des horaires de travail. C'est le lieu de rappeler que, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'appréciation du caractère invalidant potentiel d'une fibromyalgie est subordonnée, par analogie, aux principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoforme douloureux, vu les nombreux points communs entre ces troubles (ATF 132 V 65 consid. 4 ; TF 9C\_710/2023 du 28 juin 2024 consid. 6.1). Ainsi, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont une influence décisive sur le développement d'une telle maladie, un examen doit être réalisé sur la base d'une procédure structurée au moyen des indicateurs applicables en présence de troubles psychiatriques (TF 9C\_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2). Or en l'espèce, l'évaluation desdits indicateurs sur le plan psychiatrique n'a démontré aucune limitation. En effet, au plan psychiatrique, l'expert a relevé trop d'incohérences dans ce dossier. Le discours lui est apparu peu authentique, avec une discordance majeure entre la clinique au jour de son expertise rassurante, d'une part, et les diagnostics sévères retenus par les psychiatres traitants, les limitations fonctionnelles massives annoncées, d'autre part, sans difficultés cognitives et avec un manque de collaboration évident (à nouveau) aux tests neuropsychologiques demandés et échoués. Les plaintes, les douleurs et le retentissement fonctionnel allégués apparaissaient disproportionnés, sans rapport avec le peu de moyens utilisés par la recourante qui étaient pourtant à sa disposition. L'expert psychiatre a indiqué que la clinique ne permettait pas de retenir le moindre diagnostic incapacitant du point de vue psychopathologique, pas même un trouble douloureux somatoforme persistant, et que les limitations fonctionnelles n'étaient pas possibles ni

plausibles du point de vue de la psychiatrie. La capacité de travail de la recourante sur le plan psychiatrique était de 100 % depuis toujours tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

**bb)** Concernant les cervicalgies mécaniques sur atteinte dégénérative débutante et la gonarthrose débutante, le raisonnement du SMR selon lequel ces atteintes à la santé ne justifient pas de restriction fonctionnelle particulière, convainc. En effet, ces atteintes à la santé sont, en l'état, qualifiées de débutantes et aucun médecin traitant n'a constaté de limitations fonctionnelles corrélatives. Au demeurant, l'expert rhumatologue du J.\_\_\_\_\_ a qualifié l'atteinte dégénérative au genou gauche de l'assurée de très débutante. Cet élément confirme l'absence de gravité de cette altération. Il a indiqué par ailleurs que le syndrome douloureux initialement localisé au rachis et à la ceinture scapulaire était présent depuis la fin de l'année 2012, avec une extension rapide des douleurs à l'ensemble du rachis et aux quatre membres les années suivantes. Cela vient confirmer l'existence de cette atteinte à la santé de longue date sans une évolution dans sa gravité constatée dernièrement. De plus, l'expert rhumatologue a noté que l'imagerie du rachis cervical réalisée en 2015, par radiographie standard puis IRM, a montré une discrète perte des courbures physiologiques et une atteinte dégénérative très débutante non significative, pour laquelle la recourante n'avait pas de prise en charge en dehors d'un traitement quotidien par Paracétamol et anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), qu'elle ne réalisait plus de séance de physiothérapie, n'avait jamais eu de rééducation active ou de séjour en centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle, ni de prise en charge en centre d'anesthésiologie et traitement de la douleur, et qu'elle n'avait en outre pas bénéficié d'une prise en charge infiltrative, en ergothérapie, d'orthèses, de soins de médecine complémentaire, d'électrothérapie (cf. expertise J.\_\_\_\_\_, p. 23). Au demeurant, à la rubrique « évaluation de la cohérence et de la plausibilité », l'expert rhumatologue a indiqué que l'intensité des douleurs alléguées, la fatigabilité et la gêne fonctionnelle étaient disproportionnées par rapport aux constatations cliniques et aux résultats d'imagerie (cf. expertise J.\_\_\_\_\_, p. 24).

**9. a)** De son côté, la recourante critique la durée des examens dans le cadre de son expertise auprès du J.\_\_\_\_\_, déplorant des examens réalisés sur deux jours et d'une durée de deux heures par discipline médicale. C'est le lieu de rappeler que la durée de l'examen médical n'est pas en soi un critère permettant de remettre en question la valeur du travail de l'expert (TF 9C\_233/2024 du 27 juin 2024 consid. 5.3 et la référence ; TF 9C\_589/2013 du 2 mai 2014 consid. 5.2). La critique de la recourante s'avère infondée. Cela vaut d'autant plus qu'elle perd de vue qu'en cours d'expertise, il a été constaté par les experts la nécessité de la soumettre à un examen neuropsychologique réalisé le 13 janvier 2025 par la psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP O.\_\_\_\_\_.

Quoi qu'en dise la recourante, son cas a bien fait l'objet d'une évaluation expertale exhaustive qui permet d'apprécier de manière valable l'ensemble des atteintes à la santé dont elle souffre dans leur globalité et leurs éventuelles répercussions sur la capacité de travail.

**b)** Pour le reste, les rapports des médecins traitants consultés par la recourante ne permettent pas de jeter le doute sur les conclusions des experts du J.\_\_\_\_\_, lesquelles rejoignent au demeurant celles de leurs confrères experts auprès de la CRR.

Le rapport du 26 janvier 2023 consécutif à une hospitalisation volontaire de la recourante quelques jours au mois de novembre 2022 auprès du Département de psychiatrie au CHUV en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3) et, comme diagnostic secondaire, d'une fibromyalgie (M79.7), n'est pas pertinent dès lors qu'il s'est limité à indiquer un retour à domicile après ledit séjour et a renvoyé auprès de la psychiatre traitante s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail. Un constat identique s'impose en ce qui concerne le rapport du 10 septembre 2024 consécutif à une nouvelle hospitalisation volontaire de la recourante au cours des mois d'août et septembre 2024.

Les 7 juin 2024 et 30 avril 2025, la psychiatre traitante a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptôme psychotique (F33.3) et une fibromyalgie (M79.7). Elle évaluait la capacité de travail comme nulle dans toute activité, même adaptée, en raison de l'état de santé stationnaire de l'assurée depuis le début du suivi le 18 décembre 2021, avec parfois de brèves améliorations au niveau thymique. En dernier lieu, la psychiatre traitante a renoncé à s'exprimer sur le rapport d'expertise bidisciplinaire du J.\_\_\_\_\_, au motif que cela était de la compétence d'un expert psychiatre, avec pour conséquence qu'elle n'apporte aucun élément faisant douter du bien-fondé de l'expertise du J.\_\_\_\_\_.

Or comme déjà dit plus haut (cf. consid. 7c supra), l'expert psychiatre du J.\_\_\_\_\_ a dûment exposé les motifs médicaux objectifs pour lesquels il ne retenait pas les diagnostics évoqués par la psychiatre traitante. En effet, l'expert a retenu de multiples incohérences, spécialement entre les plaintes émises et ses propres constats cliniques, ainsi qu'une théâtralisation et un caractère démonstratif de la recourante dont il doutait de l'authenticité des propos tenus lors de l'expertise. Ces éléments avaient déjà été relevés par les experts consultés en 2019 lesquels avaient indiqué que le pronostic de réinsertion demeurerait sombre en raison des facteurs extra-médicaux (manque de formation professionnelle, croyances quant à son état maladif incurable, auto-appréciation d'un handicap majeur et cristallisé) et des facteurs socio-culturels, le tout aboutissant à l'enkystement de la recourante dans son trouble actuel. Cette dernière a en outre fait l'objet d'un bilan neuropsychologique le 13 janvier 2025 dont les résultats aux tests de validité des performances et les scores obtenus à cet examen n'étaient pas représentatifs des capacités réelles. De plus, les résultats clairement en-dessous du niveau du hasard à un test de reconnaissance ne permettaient pas d'exclure un effort cognitif autolimité. Ces conclusions rejoignaient celles du rapport d'évaluation neuropsychologique du 26 octobre 2021 des Dres N.\_\_\_\_\_, G.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, dont les résultats aux épreuves de validation très insuffisants avaient montré le caractère peu représentatif des vraies capacités de la recourante.

C'est au vu de l'ensemble de ces éléments médicaux que l'expert psychiatre du J.\_\_\_\_\_ n'a pas retenu de diagnostic psychiatrique. Au contraire, il a indiqué que l'intéressée s'était enfermée dans un costume d'invalidé dans un besoin de reconnaissance passant par le versant financier en réclamant ouvertement et franchement une rente de l'assurance-invalidité, qu'elle cessait les pseudo crises épileptiques sur simple injonction, qu'elle alléguait des hallucinations auditives et visuelles, qu'elle ne mettait pas à profit les moyens à sa disposition tant au sujet de la douleur que du mal-être psychique allégué et ne présentait aucune difficulté cognitive au jour de l'expertise. Ce costume d'invalidé n'avait donc aucun fondement objectif, ni ne justifiait des limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique, au vu de l'absence d'un épisode dépressif, d'aucun trouble anxieux, d'aucun trouble de la personnalité décompensé, d'aucun trouble somatoforme douloureux et d'aucun trouble psychotique.

Rien au dossier ne permet de douter du bien-fondé de l'analyse effectuée par l'expert psychiatre du J.\_\_\_\_\_, d'autant plus que, dans son rapport du 30 avril 2025, la psychiatre traitante confirme l'absence d'évolution de l'état de santé psychique de la recourante depuis le mois de décembre 2021, soit le début de la prise en charge.

Dans son rapport du 12 août 2024, la Dre R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, médecin traitante, a posé les diagnostics de fibromyalgie depuis 2012 (diagnostic différentiel : syndrome somatoforme douloureux), de bronchopneumopathie chronique obstructive, tabagisme, et de probable psychose avec malaise et a indiqué qu'une nouvelle évaluation neurologique avait cours. Elle a fait part d'un *statu quo* sur le plan somatique et mentionné un suivi psychologique. Elle évaluait la capacité de travail comme nulle dans toute activité depuis le 5 février 2021, avec un mauvais pronostic. Outre que ce rapport ne comporte aucun élément médical nouveau dont les experts du J.\_\_\_\_\_ n'avaient pas déjà connaissance, son auteure n'y explique pas clairement en quoi les troubles qu'elle retient sont susceptibles d'influer négativement sur la capacité de travail de la recourante dans son activité

habituelle comme dans une activité adaptée. En ce sens, le point de vue de la rhumatologue traitante n'est pas suffisamment étayé pour susciter un doute quelconque sur les conclusions de l'expertise.

Enfin, le rapport du 29 septembre 2025 établi à la demande de la recourante par les médecins consultés au Centre de psychiatrie et psychothérapie H.\_\_\_\_\_ rejoint par la description clinique qui y figure celle déjà mentionnée dans les rapports précédents de ce centre et qui ont justifié la réalisation d'une nouvelle expertise confiée en décembre 2024 au J.\_\_\_\_\_ (cf. avis SMR du 18 février 2025), sans que ce dernier rapport n'apporte d'éléments médicaux nouveaux.

De manière générale, il convient de constater que les médecins traitants ne tiennent pas toujours compte de l'aspect théâtral et démonstratif de la recourante pourtant relevés par tous les experts consultés. Seul le Dr M.\_\_\_\_\_, consulté au mois de juin 2024 aux urgences des E.\_\_\_\_\_, sur la base de l'hétéro-anamnèse avec le mari, a relevé la présence de pseudo-malaises chez l'intéressée. Par ailleurs, les médecins traitants n'effectuent aucun contrôle de la cohérence et de la plausibilité, ce qui explique leurs conclusions divergentes, et n'ont souvent pas étayé les diagnostics retenus, ni objectivé les limitations fonctionnelles, ce qui ne permet pas de les valider.

**10.** Sur le vu de ce qui précède, il n'existe aucune aggravation de l'état de santé de la recourante de nature à influencer négativement sa capacité de travail. La situation de cette dernière s'avère superposable à celle qui avait cours le 13 novembre 2019. Ceci exclut le droit aux prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI).

**11. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur des 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 recourante, vu le sort de ses conclusions.

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision rendue le 16 juin 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

**III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de P.\_\_\_\_\_.

**IV.** 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 :

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

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :