

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 août 2026

Composition : M. TINGUELY, président
Mme Berberat et M. Wiedler, juges
Greffière : Mme Huser

* * * * *

Cause pendante entre :

A._____, à Q***, recourante, représentée par Me Charles Munoz, avocat
à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 6ss et 17 LPGa ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

En fait :

A. A._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née en ***. Célibataire et sans enfant, elle ne dispose à ce jour d'aucune formation professionnelle et n'a jamais exercé d'activité lucrative, hormis quelques stages effectués en 2014 et 2015, dont, en dernier lieu, un stage comme éducatrice auprès de l'institution Z._____, à U***, débuté en août 2014 d'abord à un taux de 80% puis, à partir de février 2015, à un taux de 70%.

En incapacité de travail à 100% du 23 février 2015 au 10 octobre 2015, l'assurée a déposé, le 13 octobre 2015, une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle indiquait qu'elle était porteuse du gène HLA-B27 et connaissait une fragilité aux vertèbres. Elle mentionnait également souffrir de troubles du sommeil.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'assurée a été soumise, le 1^{er} juillet 2016, à un examen clinique rhumatologique effectué par le Dr B._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie et médecin auprès du Service médical régional de l'AI (SMR), qui a retenu le diagnostic principal, avec effet sur la capacité de travail, de lombalgies basses dans un contexte de protrusion médiane en L4-L5. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a indiqué une possible spondylarthrite ankylosante débutante et un « poids insuffisant ». Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : la flexion-extension répétée du tronc, le port de charges répété au-delà de 5kg, en tenant compte également du poids insuffisant et du morphotype de l'assurée, la position assise prolongée, la position debout au-delà d'une heure, la position statique debout au-delà de trente minutes et la position prolongée en porte-à-faux. Le Dr B._____ a retenu une capacité de travail de 100% depuis mi-novembre 2015, tant dans l'activité habituelle d'éducatrice-stagiaire que dans une activité adaptée.

Par avis du 16 août 2016, le SMR a conclu que le rapport d'examen clinique rhumatologique établi par le Dr B._____ était convaincant et que les conclusions de ce rapport pouvaient être suivies.

Par projet de décision du 18 août 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, en l'absence de préjudice économique.

Par courrier du 5 septembre 2016, l'assuré a indiqué s'opposer au projet précité.

Le 17 octobre 2016, l'assurée, par Inclusion Handicap, a complété ses objections et sollicité la prise en charge d'une orientation professionnelle, suivie d'une formation professionnelle initiale.

Le 28 février 2017, l'OAI a rendu un nouveau projet de décision, tendant au refus de toute prestation en faveur de l'assurée et, en particulier, à des mesures d'orientation professionnelle, dès lors que l'absence de formation certifiée était liée à des choix personnels et non à une atteinte à la santé.

Par décision du 15 mai 2017, l'OAI a refusé à l'assurée l'octroi de prestations pour les mêmes motifs que ceux évoqués dans son projet du 28 février 2017.

B. Le 23 avril 2018, l'assurée a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI.

Dans un rapport adressé à l'OAI le 1^{er} mai 2018, le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a retenu comme diagnostics une spondylarthrite ankylosante positive avec maladie coeliaque (intolérance au lactose et au gluten), une dyspnée d'origine peu claire, une ostéoporose lombaire densitométrique et un trouble du sommeil d'origine plurifactorielle. Il a expliqué que l'assurée souffrait de limitations multiples en raison de ces différents diagnostics. Le médecin a attesté une incapacité totale de travail depuis le 6 mai 2015.

Par décision du 19 septembre 2018, confirmant un projet du 2 juillet 2018, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée, faute pour elle d'avoir rendu plausible une modification significative de son état de santé.

C. Le 21 décembre 2020, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI. Elle indiquait souffrir, en sus des affections déjà évoquées précédemment, de troubles psychiques impliquant un suivi hebdomadaire depuis le mois d'août 2019.

Dans un formulaire de détermination du statut complété le 21 janvier 2020, l'assurée a indiqué qu'elle travaillerait à 100% si elle n'était pas atteinte dans sa santé.

Selon un rapport adressé le 12 février 2021 à l'OAI par le Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie en charge du suivi de l'assurée depuis le 26 août 2019, celle-ci présentait une atteinte psychique multiforme depuis son enfance en lien avec des traumatismes répétés. Le début de la prise en charge faisait suite à un effondrement psychique majeur diagnostiqué par son rhumatologue, qui l'avait adressée en urgence. Le psychiatre traitant a retenu les diagnostics, avec impact sur la capacité de travail, d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), d'anxiété (F41.1), de trouble de la personnalité sans précision (F60.9), de trouble dissociatif (F44.8) versus d'état de stress post-traumatique (F43.1), ainsi que de modification durable de la personnalité (F62.9). Il a également mentionné des difficultés liées à une enfance malheureuse (Z61.9), de même qu'une malabsorption intestinale (K90). Au regard de ces affections, l'assurée présentait, sur le plan psychiatrique, une incapacité de travail d'environ 70%, dont l'amélioration sur le long terme était difficile à prédire, étant souligné que les symptômes physiques étaient intimement enchevêtrés aux symptômes psychiques.

Dans un rapport du 18 février 2021, le Dr D._____ a repris en substance les mêmes diagnostics que ceux mentionnés dans son rapport

du 1^{er} mai 2018, tout en précisant que l'assurée se trouvait toujours en incapacité de travail totale pour toute activité.

Le Dr G._____, spécialiste en rhumatologie, a adressé un rapport à l'OAI en date du 15 avril 2021. Il a fait état, à titre de diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail, d'une spondylarthrite ankylosante axiale, enthésitique et périphérique, présente depuis 2018, d'une anomalie transitionnelle à la jonction lombosacrée à droite et d'une discopathie L5-S1. Il a également évoqué, à titre de diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, une maladie coeliaque, une intolérance au lactose, une rhino-conjonctivite et un asthme saisonniers allergiques (désensibilisation orale en cours) ainsi que des troubles du sommeil non spécifiés. Le Dr G._____ a retenu, sur le plan rhumatologique, des limitations pour le port de charges de plus de 5kg et pour la position en porte-à-faux. Il a recommandé l'exercice d'une activité permettant d'alterner les positions debout et assise toutes les trente minutes environ et d'éviter la mobilisation des bras et des épaules au-dessus de la ligne horizontale, ainsi que les mouvements répétitifs des mains. Il a précisé qu'un stage d'observation serait nécessaire.

Dans un rapport du 28 mai 2021, le Dr F._____ a informé l'OAI que l'assurée présentait alors une phase de décompensation psychique impliquant la majoration de ses angoisses, l'effondrement de son humeur et une exacerbation de la tolérance aux douleurs chroniques. Ce contexte justifiait l'organisation d'une hospitalisation au Foyer J._____ dans les prochaines semaines.

Selon un rapport établi le 22 juillet 2021 par la Fondation J._____, l'assurée avait séjourné dans son foyer, du 30 juin 2021 au 11 juillet 2021. Initialement prévu pour deux semaines complètes, son séjour avait dû être écourté, l'assurée n'ayant trouvé personne pour s'occuper de son chien qui avait été blessé chez la personne qui le gardait. Lors de son séjour, elle avait tout de même pu entamer un travail sur la gestion de ses émotions.

Dans un avis du 7 décembre 2021, le SMR a estimé nécessaire la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comportant les volets rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne.

Le mandat d'expertise a été confié au Centre C._____ de la Clinique M._____ (Clinique M._____) et, plus particulièrement, au Dr I._____, spécialiste en rhumatologie, à la Dre N._____, spécialiste en médecine interne générale, et à la Dre P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui ont établi un rapport le 16 mai 2022. L'expert rhumatologue a retenu l'existence de rachialgies évoluant depuis plus de dix ans, lesquelles étaient à mettre en rapport avec une discopathie L5-S1 sur sacralisation de L5. Il n'a pas décelé, après dix ans d'évolution, d'argument clinique formel en faveur d'une spondylarthrite ankylosante, l'assurée ne répondant pas aux critères de classification ASAS (*Assessment of SpondyloArthritis International Society*). Pour sa part, l'experte psychiatre n'a pas retrouvé les critères caractérisant un épisode dépressif : l'assurée ne présentait ni humeur dépressive à un degré nettement anormal, ni réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité. Il fallait en déduire que l'épisode dépressif diagnostiqué par le Dr F._____ était en rémission. Sur le plan anxieux, il n'a pas été décelé d'argument orientant vers une anxiété généralisée : rien n'indiquait que l'assurée avait présenté durant au moins six mois la présence d'une tension, d'une inquiétude ou d'une appréhension marquée ; elle ne rapportait pas de symptômes d'hyperactivité neurovégétative. Concernant un éventuel trouble de la personnalité, s'agissant d'une assurée d'un jeune âge, le cadre de l'évaluation expertale ne permettait ni de confirmer ni d'infirmier la présence d'un tel diagnostic. Il ressortait par ailleurs de l'expertise que l'assurée présentait, au plan internistique, une intolérance au lactose et au gluten sous régime d'éviction, ainsi qu'une rhinoconjonctivite et un asthme allergiques saisonniers ; elle était enfin connue pour une ostéoporose densitométrique. Sur le vu de ces constats, les experts ont estimé que, dans une activité sans effort de manutention excédant 5kg et sans autre limitation fonctionnelle au plan somatique, la capacité de travail était de 80%, en lien avec la fatigue induite par la biothérapie suivie. Dans la mesure où l'état psychique de l'assurée avait nécessité qu'elle séjourne en milieu

spécialisé durant l'année 2021, il devait être considéré qu'un épisode dépressif moyen avait entraîné, cette année-là, une incapacité de travail de l'ordre de 50%. Les experts ont estimé que des mesures professionnelles dans un cadre rassurant pourraient permettre à l'assurée un retour progressif vers le monde du travail. A ce stade, vu la longue durée d'évolution du tableau, l'arrêt de la biothérapie pouvait être envisagé, ce qui permettrait de réduire, voire de faire disparaître la fatigue induite, et rétablir ainsi une capacité de travail totale.

Le 3 juin 2022, l'assurée a transmis à l'OAI un rapport du 1^{er} juin 2022 de la Dre T._____, spécialiste en cardiologie, qui a posé le diagnostic d'extrasystolite ventriculaire isolée monomorphe de haute incidence et de tachycardie naturelle associée à des douleurs thoraciques sans ischémie myocardique. La médecin précitée précisait que l'examen confirmait une bonne fonction biventriculaire et n'objectivait pas de substrat ischémique à l'origine des douleurs thoraciques, ni de substrat cardiologique à l'origine de la tachycardie sinusale et des extrasystoles ventriculaires.

Dans un avis du 30 juin 2022, le SMR a relevé que, sur le plan rhumatologique, les experts de la Clinique M._____ avaient indiqué que l'assurée présentait une discopathie L5-S1, comme lors de l'examen clinique SMR du 1^{er} juillet 2016, et expliqué en quoi ils écartaient le diagnostic de spondylarthropathie B27 positive. Sur le plan psychiatrique, il était retenu que l'assurée avait présenté un épisode dépressif moyen à sévère de janvier 2021 à janvier 2022, avec une incapacité de travail de 50%, en rémission au jour de l'expertise avec une capacité de travail de 100% aussi bien dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. D'un point de vue consensuel, les experts ont estimé que l'assurée avait présenté une capacité de travail de 50% dans toute activité du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2021, puis de 80% dès le 1^{er} janvier 2022, étant précisé que celle-ci devait exercer une activité sans effort de manutention de plus de 5 kg. Dès lors que, pour la période antérieure au 1^{er} janvier 2021, les experts n'avaient pas indiqué depuis quelle date une capacité de travail de 80% était exigible tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, ils devaient être réinterrogés.

Par courrier du 16 septembre 2022, les experts ont répondu qu'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée pouvait être retenue depuis le mois de janvier 2018, époque où la biothérapie avait été introduite, celle-ci pouvant être à l'origine d'une fatigue. Ils ont également précisé qu'en raison de la problématique psychique, la capacité de travail de l'assurée était de 50% du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2021, puis de 80% dès le 1^{er} janvier 2022.

Dans un avis du 5 octobre 2022, le SMR a mentionné qu'il n'avait pas de raison de s'écarter des conclusions de l'expertise.

Par projet de décision du 7 octobre 2022, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations, dans la mesure où une capacité de travail de 80% était raisonnablement exigible dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles (activité sans effort de manutention de plus de 5kg) à la date du 1^{er} juin 2021, correspondant à l'échéance d'une période de six mois après le dépôt de la demande.

Par communication du même jour, l'OAI a octroyé à l'assurée une mesure d'aide au placement.

Le 12 décembre 2022, l'assurée a fait part de ses objections au projet de décision du 7 octobre 2022 et a produit de nouvelles pièces médicales, dont :

- un rapport du 7 novembre 2022 du Dr D._____, dans lequel celui-ci a énuméré les diagnostics retenus, avec une suspicion de trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), mentionné une incapacité de travail totale compte tenu de la maladie rhumatologique, dont les symptômes n'étaient que partiellement atténués par le traitement et précisé que l'assurée présentait depuis septembre 2022 une déchirure de la surface profonde du

- tiers apical du tendon du sous-scapulaire à l'épaule gauche mise en évidence par une IRM réalisée le 11 octobre 2022 ;
- un rapport du 4 novembre 2022 de la Consultation Covid long du Centre hospitalier R._____, (Centre hospitalier R._____), qui faisait en particulier état d'un Covid long que l'assurée aurait contracté en avril 2022 et qui aurait eu pour conséquence d'augmenter la fatigue avec un grand besoin de sommeil, des douleurs généralisées, un trouble de la concentration, du brouillard cérébral, un syndrome d'hyperventilation, des migraines, ainsi que des vertiges.

Dans un avis du 4 janvier 2023, le SMR a indiqué qu'il fallait poursuivre l'instruction.

Sur demande de l'OAI, le Dr L._____, spécialiste en neurologie et médecin auprès du Centre C._____, a transmis, le 6 avril 2023, les rapports qu'il avait rédigés, dont l'un daté du 2 mars 2023, dans lequel il avait posé le diagnostic de trouble neurocognitif, suivant une infection à SARS-CoV-2, et un autre du 3 janvier 2023, auquel était joint un examen neuropsychologique réalisé le 6 décembre 2022, dont il résultait que les performances de l'assurée étaient globalement dans la norme pour l'ensemble des fonctions cognitives investiguées.

L'OAI a également recueilli l'avis des médecins de la Consultation Covid long, dont le rapport du 20 avril 2023 faisait état d'un impact de l'affection post-Covid (Covid long) sur la capacité de travail, sans toutefois pouvoir l'évaluer.

Le Dr G._____ a également fait parvenir à l'OAI un rapport du 27 avril 2023, dans lequel il a rappelé que l'assurée souffrait de longue date de symptômes douloureux chroniques articulaires et du rachis dont la prise en charge avait été difficile et qu'elle bénéficiait en l'état d'un traitement médicamenteux à base d'inhibiteurs de JAK (kinases Janus) et d'un suivi physiothérapeutique, ce qui semblait soulager partiellement les douleurs. La situation s'était cependant clairement aggravée depuis l'infection au

Covid en avril 2022. L'assurée bénéficiait désormais d'un suivi spécialisé en lien avec des symptômes multiformes, soit notamment une fatigabilité très importante. Le médecin a exprimé son pessimisme quant à l'obtention d'une capacité de travail de plus de 50% pour les mois à venir.

Dans un avis du 30 mai 2023, le SMR a relevé qu'en dépit du Covid long dont se plaignait l'assurée, le bilan cardiologique et pneumologique, réalisé par le Dr D. _____ le 7 novembre 2022, restait dans la norme. Quant au bilan neuropsychologique, réalisé le 3 janvier 2023 au Centre Centre C. _____, il faisait état de performances globalement dans la norme pour l'ensemble des fonctions cognitives investiguées. D'un point de vue rhumatologique, la situation n'avait pas changé depuis l'expertise, l'assurée demeurant toujours sous le même traitement à base de Rinvoq. Pour le reste, l'assurée faisait valoir essentiellement des doléances subjectives douloureuses et neurocognitives, sans qu'il ne soit mis en évidence de modification notable et durable de son état de santé depuis l'expertise.

Par décision du 31 mai 2023, l'OAI a nié à l'assurée le droit à une rente d'invalidité, confirmant ainsi le projet du 7 octobre 2022.

D. Par acte du 30 juin 2023, A. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, en concluant à son annulation et à l'octroi en sa faveur d'une rente d'invalidité entière. En substance, elle a contesté avoir une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée, telle que retenue par les experts de la Clinique M. _____, compte tenu de toutes les atteintes à la santé dont elle souffrait. Elle a notamment joint à son recours un rapport de tests psychologiques effectués entre janvier et mars 2023 et a, par ailleurs, requis d'être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire y compris pour la désignation d'un avocat d'office.

Par ordonnance du 29 août 2023, la juge instructrice alors en charge du dossier a accordé à la recourante l'assistance judiciaire, limitée aux frais judiciaires.

Dans sa réponse du 27 septembre 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours, en se référant en particulier au rapport d'expertise du 16 mai 2022, ainsi qu'aux avis du SMR des 30 juin 2022 et 4 janvier 2023.

Le 5 février 2025, le juge instructeur nouvellement en charge du dossier de la recourante a demandé à cette dernière si sa requête tendant à la désignation d'un avocat d'office était toujours d'actualité.

Par courrier du 28 février 2025, la recourante a confirmé son souhait d'être assistée d'un avocat d'office.

Par ordonnance complémentaire du 4 mars 2025, le juge instructeur a désigné un avocat d'office chargé d'assister la recourante en la personne de Me Charles Munoz.

Par réplique du 27 juin 2025, la recourante, par Me Munoz, a pris une nouvelle conclusion subsidiaire, tendant au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction, notamment en ce qui concernait la question du Covid long. Elle a souligné à cet égard que son état de santé s'était péjoré depuis le rapport d'expertise de la Clinique M._____ et qu'elle rencontrait des limitations fonctionnelles supplémentaires, ce qui n'avait pas été pris en compte par l'intimé. Elle s'est également référée à l'avis de son psychiatre traitant et aux diagnostics retenus par celui-ci. A l'appui de son écriture, elle a produit un lot de pièces, dont :

- un rapport d'O._____ du 31 mars 2025, dans lequel les médecins faisaient état de symptômes handicapants, tels qu'une fatigue mentale et psychique, des troubles de la mémoire et de la concentration et la sensation d'oppression thoracique, et préconisaient une reprise progressive d'une activité professionnelle adaptée avec augmentation de 5 à 10% tous les quatre mois ;
- un rapport du 3 juin 2025 du Dr G._____, au terme duquel ce médecin indiquait que les symptômes en lien avec la

spondylarthropathie étaient restés stables malgré un changement de traitement en avril 2025, tout en précisant que la situation globale de l'assurée était complexe compte tenu du syndrome de Covid long et des migraines qui s'ajoutaient au tableau rhumatologique ;

- un rapport du 20 mai 2025 du Dr F._____, qui retenait les diagnostics de troubles mixtes de la personnalité (F61), de troubles dépressifs récurrents (F33), actuellement en rémission partielle, de modifications du rapport de la personnalité (F62.9) en lien à des traumatismes répétés dans l'enfance, avec des éléments dissociatifs surajoutés, de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), ainsi que de trouble anxieux généralisé (F41.1), tout en se montrant favorable à une réinsertion professionnelle.

Dans sa duplique du 18 juillet 2025, l'intimé a maintenu sa position en s'appuyant sur un avis du 7 juillet 2025 du SMR, selon lequel les rapports produits n'apportaient pas d'éléments médicaux nouveaux non pris en compte dans le cadre de l'expertise et de l'instruction qui s'en était suivie.

Par déterminations du 5 mars 2026, la recourante, toujours assistée, a souligné qu'elle n'était pas à même d'exercer une quelconque activité lucrative et a joint à son écriture un rapport du 5 septembre 2025 d'O._____, dans lequel les médecins concluaient à une absence de franche amélioration de son état de santé avec une symptomatologie présente depuis plusieurs années et ce, malgré les nombreuses thérapies mises en place, et proposaient un séjour en clinique, ainsi que l'introduction d'un traitement par kétamine.

Le 14 avril 2026, l'intimé s'est encore déterminé, tout en se référant à un avis du 18 mars 2026 du SMR, concluant à l'absence d'éléments médicaux nouveaux susceptibles de modifier sa position.

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 auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à nier à la recourante le droit à une rente d'invalidité, ensuite de la nouvelle demande déposée le 21 décembre 2020.

3. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). 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 antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

En l'espèce, la décision litigieuse rendue le 31 mai 2023 fait suite à une nouvelle (troisième) demande de prestations, déposée le 21 décembre 2020. La naissance du droit éventuel à une rente ne peut intervenir, au plus tôt, que six mois après le dépôt de la demande (cf. art. 29 al. 1 LAI), soit, *in casu*, le 1^{er} juin 2021. Les dispositions dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 sont donc applicables.

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). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en

exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGa).

Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

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

d) Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la

capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre.

5. 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 ; 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_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). 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).

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 assécurologique. 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 ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

e) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

6. a) Dans le cas particulier, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 21 décembre 2020, principalement en raison du fait que celle-ci bénéficiait d'un suivi psychiatrique depuis août 2019. Il a instruit cette demande, en mettant en œuvre une expertise pluridisciplinaire, confiée au Centre C._____ de la Clinique M._____. Se fondant sur les conclusions du rapport d'expertise établi le 16 mai 2022, l'intimé a estimé que la recourante avait présenté une capacité de travail de 80% entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 décembre 2020, de 50% entre le 1^{er} janvier 2021 et le 31 décembre 2021, puis de 80% dès le 1^{er} janvier 2022, ceci dans toute activité « sans effort de manutention de plus de 5 kg ».

L'intimé a ainsi reconnu que la recourante avait présenté une diminution de sa capacité de travail à compter du 1^{er} janvier 2018, soit ultérieurement à la dernière décision entrée en force rendue le 15 mai 2017. Il a toutefois considéré qu'au 1^{er} juin 2021, date à partir de laquelle le droit à la rente pouvait prendre naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, la recourante disposait d'une capacité de travail de 80% « dans toute activité et respectant [ses] limitations fonctionnelles (sic) », correspondant à un degré d'invalidité de 20% qui n'ouvrait pas le droit à une rente.

La recourante conteste, pour sa part, la capacité de travail retenue par les experts de la Clinique M._____. Elle soutient que ceux-ci, et l'intimé à leur suite, n'ont pas adéquatement tenu compte de l'ensemble de ses atteintes, cela non seulement sur le plan rhumatologique, mais également sur le plan psychiatrique et de la médecine interne. Elle relève en particulier qu'un Covid long lui a été diagnostiqué après qu'elle avait séjourné en avril 2022 à la Clinique M._____ pour les besoins de l'expertise. Cette maladie, qui persistait encore en septembre 2025, s'illustrait par la présence de symptômes tels que de la fatigue, des troubles de la concentration et de la mémoire ainsi que d'une oppression thoracique.

Il convient dès lors d'examiner si c'est à bon droit que l'intimé a accordé une pleine valeur probante au rapport d'expertise de la Clinique M._____.

b/aa) D'un point de vue formel, le rapport d'expertise de la Clinique M._____, établi le 16 mai 2202, remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, l'état de santé de la recourante a fait l'objet d'un examen circonstancié par les experts spécialistes, l'expertise a été établie en pleine connaissance des éléments médicaux au dossier (anamnèse) et se fonde sur des examens cliniques menés par chaque expert dans son domaine. Elle prend par ailleurs en compte les plaintes de l'expertisée. Les différents avis médicaux ont été discutés par les experts, ces derniers examinant en outre les ressources, la gravité des troubles retenus ainsi que la cohérence. Tant la description du contexte médical que l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les conclusions médicales sont le fruit d'une analyse multidisciplinaire réalisée par les trois experts et sont bien motivées.

bb) Sur le plan rhumatologique, les rachialgies dont se plaignait la recourante depuis plus de dix ans étaient à mettre en lien avec une discopathie L5-S1 sur sacralisation de L5. Il n'existait en revanche pas, après dix ans d'évolution, d'argument formel en faveur d'une spondyloarthropathie, les différentes biothérapies ne s'étant d'ailleurs jamais révélées efficaces. L'assurée ne répondait en particulier pas aux critères de

classification ASAS des spondylo-arthropathies. Ces critères n'étaient pas réunis au regard des trois IRM des sacro-iliaques effectuées en 2013, 2015 et 2016, qui étaient à considérer comme normales. La seule présence de l'antigène HLA B27 chez l'assurée n'était pas suffisante puisque cette entité était retrouvée chez environ 8% de la population caucasienne. Il n'y avait par ailleurs aucun signe associé de type uvéite ou de lésions cutanées, ni encore d'arguments en faveur d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI).

Pour le reste, l'ostéoporose densitométrique était satellite du morphotype de l'expertisée avec un vraisemblable antécédent d'anorexie au moins infraclinique, avec un indice de masse corporelle alors à 17. Cette atteinte ne nécessitait pas de thérapie particulière en l'absence de véritable mal-absorption. Elle ne pouvait pas être responsable de la moindre symptomatologie clinique. Enfin, l'atteinte signalée aux deux talons était purement subjective. Il n'avait jamais été mis en évidence de véritable enthésite, ni cliniquement, ni par une éventuelle échographie.

L'expert rhumatologue a encore relevé qu'il existait d'importantes incohérences chez une assurée qui souffrait du rachis depuis une dizaine d'années et avec des indices BASDAI et BASFI (outils d'évaluation de l'indice d'activité de la maladie de spondylarthrite ankylosante) particulièrement inquiétants qui entraient en totale contradiction avec les données de l'examen clinique mais également avec la description de la journée-type durant laquelle l'assurée allait faire ses courses, promenait ses chiens, faisait même du jardinage et menait une vie normale. Il a également souligné que les ressources internes étaient bonnes chez une assurée qui faisait preuve d'intelligence et parlait le français. En revanche, les ressources externes étaient limitées, malgré une bonne relation de l'assurée avec sa mère.

Cela posé, au moment de déterminer la capacité de travail de la recourante dans l'activité habituelle d'éducatrice avec des personnes en situation de handicap, il fallait tenir compte, sur le plan rhumatologique, d'une baisse de rendement liée à la fois à la fatigue susceptible d'être

induite par la biothérapie et au morphotype longiligne peu musclé de l'expertisée, qui n'avait manifestement pas les qualités physiques adéquates pour effectuer des efforts de manutention importants de sujets potentiellement lourds. L'expert rhumatologue a ainsi conclu à une capacité de travail de 80%. Le taux était le même dans une activité adaptée sans effort de manutention excédant 5 kg.

cc) Sur le plan psychiatrique, l'experte a retenu que la recourante avait présenté, entre janvier 2021 et décembre 2021, des épisodes dépressifs moyen à sévère, ayant nécessité deux séjours en milieu spécialisé. Tout indiquait que ces séjours lui avaient été proposés dans un contexte réactionnel face à des facteurs spécifiques tels que des conflits avec son compagnon et avec son voisinage pour le premier séjour, et relativement au décès de son chien s'agissant du second. Il fallait dès lors considérer que ces épisodes dépressifs avaient entraîné une incapacité de travail fluctuant autour de 50% durant l'année 2021. Dès le début de l'année 2022 en revanche, tout indiquait qu'une amélioration était survenue permettant à l'expertisée de pouvoir s'impliquer dans l'examen du permis de conduire et l'obtenir, de pouvoir déménager et de pratiquer des activités quotidiennes ordinaires de manière autonome. Il apparaissait que le tableau clinique était dès lors en rémission et que la capacité de travail était de 100%.

Pour le surplus, l'experte psychiatre a exposé les raisons pour lesquelles elle n'a pas retenu les diagnostics d'anxiété généralisée, de trouble de la personnalité, ou encore d'état de stress post-traumatique. A cet égard, elle a souligné que rien n'indiquait, sur le plan anxieux, que l'assurée avait présenté durant une période d'au moins six mois la présence d'une tension, d'une inquiétude ou d'une appréhension marquée concernant les événements et les problèmes de la vie quotidienne. Celle-ci n'avait pas non plus rapporté de symptômes liés à une hyperactivité neurovégétative, du système respiratoire et gastro-intestinal ou d'autres symptômes permettant de retenir le diagnostic d'anxiété généralisée. Pour ce qui était de la présence d'un éventuel trouble de la personnalité, il était difficile, dans un cadre expertal, de confirmer ou d'infirmer un tel diagnostic.

Toutefois les éléments de l'anamnèse ne permettaient pas de mettre en évidence une déviation manifeste des perceptions internes et des conduites dans plusieurs domaines de la vie. Concernant la présence d'un éventuel trouble dissociatif versus un état de stress post-traumatique, l'experte psychiatre n'avait pas observé de signe clinique en ce sens chez une assurée qui avait pu se montrer parfaitement adaptée lors des différentes évaluations et qui n'avait, à aucun moment, mentionné de flash-backs, de souvenirs intenses, de rêves répétitifs ou de sentiment de détresse en cas d'exposition à des situations ressemblant aux facteurs de stress. De même, aucun élément n'orientait vers une hypervigilance ou une incapacité partielle ou complète à se rappeler d'aspects importants de la période d'exposition aux facteurs de stress. Pour les mêmes raisons, l'experte psychiatre a écarté le diagnostic de modification durable de la personnalité. En définitive, elle n'a pas retenu de limitation fonctionnelle d'ordre psychiatrique, au regard en particulier de l'analyse de la journée-type et des ressources mobilisables. Reprenant les critères figurant dans la mini CIF-APP (outil d'évaluation des limitations dans les troubles psychiques), l'experte précitée a précisé que l'assurée était en mesure de s'adapter au règles et routines et qu'elle pouvait planifier et structurer des tâches. Aucune limitation psychique n'était constatée concernant la flexibilité et l'adaptabilité, ni dans la mise en pratique des compétences et des connaissances professionnelles, pas plus que dans la capacité à porter des jugements et à prendre des décisions. L'activité spontanée et pro-active était conservée avec des loisirs. La capacité d'endurance et de résistance n'était pas limitée, aucun signe de fatigue n'ayant été observé durant l'évaluation. L'assurée avait également conservé une affirmation de soi et la capacité de contact et de conversation avec des tiers, de même que la capacité d'intégration dans un groupe étaient intactes. Il en allait également ainsi de la capacité aux relations privilégiées à deux, de la capacité à prendre soin de soi et à se prendre en charge. Enfin, aucune limitation n'était retrouvée dans la mobilité et la capacité de déplacement. Au niveau de la cohérence et de la plausibilité, l'experte psychiatre a mentionné que l'assurée n'avait donné à aucun moment l'impression d'amplifier la symptomatologie sur le plan psychique. Celle-ci reconnaissait par ailleurs

une légère amélioration dans ce registre. En outre, l'experte n'avait pas constaté de discordance entre les plaintes et les résultats de l'observation.

dd) Sur le plan de la médecine interne, il a été retenu une intolérance au lactose et au gluten, une rhinoconjonctivite et un asthme allergique ainsi qu'une ostéoporose densitométrique. Ces atteintes n'étaient pas durablement incapacitantes.

ee) D'un point de vue consensuel, les Drs I._____, P._____ et N._____ ont, en définitive, retenu que la capacité de travail de l'assurée, sur le plan rhumatologique, était de 80% tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas d'efforts de manutention de plus de 5 kg), en raison d'une baisse rendement liée à la fois à la fatigue pouvant être induite par la biothérapie et par le morphotype longiligne peu musclé de l'assurée qui n'avait, manifestement, pas les qualités physiques adéquates pour effectuer des efforts de manutention importants. Sur le plan psychiatrique, l'assurée avait connu une péjoration de son état de santé en 2021 conduisant à deux séjours hospitaliers et entraînant une diminution de sa capacité de travail à 50% du 1^{er} janvier au 31 décembre 2021.

Amenés à préciser leurs conclusions, les experts ont indiqué, par courrier du 16 septembre 2022, qu'une capacité de travail de 80% était exigible dans une activité adaptée dès le mois de janvier 2018, date de l'introduction de la biothérapie, pouvant être responsable d'une fatigue, et qu'en raison de la problématique psychique, la capacité de travail de l'assurée était de 50% de janvier à décembre 2021, puis de 80% dès le mois de janvier 2022.

c) Pour ce qui est de la situation prévalant jusqu'aux dates des examens de la recourante par les experts, qui se sont tenus du 25 au 27 avril 2022, les rapports produits, tant dans le cadre de l'opposition formée au projet de décision du 7 octobre 2022 qu'au stade du recours, ne permettent pas de remettre en cause les conclusions de l'expertise de la Clinique M._____. En effet, ces rapports font tous état d'atteintes à la

santé déjà prises en compte par les experts ou alors de diagnostics apparus ultérieurement à l'expertise réalisée par la Clinique M._____, dont ces derniers ne pouvaient avoir connaissance et dont on verra l'incidence au considérant suivant (cf. *infra* consid. d). Pour le reste, la recourante a invoqué des éléments dont il a également été dûment tenu compte dans l'expertise. C'est ainsi en vain qu'elle est revenue, de manière très générale, sur les difficultés rencontrées durant son enfance, ainsi que sur les échecs thérapeutiques relativement à ses douleurs persistantes à divers endroits du corps. De même, la critique de l'intéressée, selon laquelle l'intimé avait omis de prendre en compte le cumul et la synergie entre ses différentes pathologies, ne saurait être suivie dans la mesure où une évaluation consensuelle a été réalisée lors de l'expertise pluridisciplinaire de 2022 et que l'ensemble des atteintes dont elle souffrait a été pris en compte dans ce contexte.

Il n'y a, en l'occurrence, pas lieu de s'écarter des conclusions convaincantes et motivées du rapport probant d'expertise de la Clinique M._____ du 16 mai 2022 et de son complément du 16 septembre 2022 – ce dont l'intimé, par son service médical, convient (cf. avis SMR du 5 octobre 2022) –, selon lesquelles la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée avait diminué à partir du 1^{er} janvier 2018 (passant de 100% à 80% dès cette date, puis à 50% du 1^{er} janvier au 31 décembre 2021), avant de connaître une amélioration à partir du 1^{er} janvier 2022 (80% dès cette date).

d) En revanche, s'agissant de la période courant depuis avril 2022, il ressort de plusieurs rapports médicaux produits par la recourante qu'elle avait présenté, à la suite de son séjour à la Clinique M._____, une infection aiguë au Covid long décrite comme très éprouvante avec de la fatigue importante, de la toux, de la dyspnée, une extinction de voix, des douleurs thoraciques, une perte de goût et d'odorat ainsi que des migraines. En particulier, dans les rapports médicaux établis les 31 mars 2025 et 5 septembre 2025 par les médecins d'O._____, produits au stade du recours, ceux-ci ont ainsi posé le diagnostic de syndrome de Covid long, à la suite d'une infection en avril 2022 – lequel avait déjà été évoqué le 4

novembre 2022 (cf. rapport de la Consultation Covid long du Centre hospitalier R._____, daté du même jour), avec une fatigue d'origine multifactorielle, des troubles de la concentration et de la mémoire, un syndrome d'hyperventilation, une aggravation des migraines et des douleurs articulaires, ainsi qu'une possible dysautonomie. Il y était rapporté une stagnation des symptômes du Covid long depuis avril 2022. Les trois symptômes qui étaient alors les plus handicapants étaient la fatigue mentale et psychique, les troubles de la mémoire et de la concentration ainsi qu'une sensation d'oppression thoracique. Le Dr G._____ a, pour sa part, expressément mentionné que l'état de santé de la recourante s'était aggravé depuis avril 2022. S'il a précisé que la recourante souffrait de longue date de symptômes douloureux chroniques articulaires et du rachis, il notait des symptômes multiformes dans les différents systèmes, notamment une fatigabilité très importante en raison du Covid long dont souffrait la recourante et évoquait une capacité de travail n'allant pas au-delà de 50% dans les mois à venir (cf. rapport du 27 avril 2023).

Contrairement à ce que soutient l'intimé, les limitations fonctionnelles décrites par les médecins en charge du traitement du Covid long diagnostiqué à la recourante (nécessité de pauses régulières, limite de surcharges sensorielles [lumière/bruits] dans l'environnement de travail, mise en place de stratégies permettant de pallier au manque de mémoire au travail) et par le Dr G._____, ne se recoupent pas avec celle mentionnée dans la décision attaquée, qui se rapporte exclusivement à une limitation physique (absence d'effort de manutention important) et qui a été déduite du rapport d'expertise de la Clinique M._____ du 16 mai 2022. Ce rapport étant antérieur aux nouvelles atteintes évoquées, il ne peut pas servir de base pour fonder un refus d'octroi de prestations sans autre examen. En l'état, on ne peut exclure que le diagnostic de syndrome de Covid long entraîne des limitations supplémentaires telles qu'une fatigue ou une fatigabilité accrue, ainsi que des troubles de la concentration ou de la mémoire. Les conclusions du SMR, selon lesquelles les rapports médicaux d'O._____ n'apportaient pas d'éléments médicaux nouveaux, ne sauraient ainsi être suivies (cf. avis des 7 juillet 2025 et 18 mars 2026).

A cela s'ajoute qu'une échographie de l'épaule gauche de la recourante du 11 octobre 2022 a mis en évidence, à la suite d'une violente traction le 19 septembre 2022, une déchirure de la surface profonde du tiers apical du tendon sous-scapulaire, possiblement non transfixiante, une discrète tendinopathie du sus-épineux sans déchirure, ainsi qu'une discrète bursite sous-acromiale gauche (cf. également rapport du Dr G. _____ du 27 avril 2023). Or le SMR ne s'est pas du tout prononcé par rapport à cette nouvelle atteinte et aux éventuelles répercussions sur la capacité de travail et sur les limitations fonctionnelles de la recourante, que ce soit dans son avis du 30 mai 2023 ou dans ses avis ultérieurs des 7 juillet 2025 et 18 mars 2026.

e) Aussi, dans la mesure où une aggravation de l'état de santé de la recourante est susceptible d'être survenue dans le courant du mois d'avril 2022, soit ultérieurement à l'expertise de la Clinique M. _____, mais antérieurement à la décision attaquée, il y a lieu de constater que le dossier de la recourante est lacunaire et ne permet pas d'apprécier, à satisfaction de droit, le caractère invalidant des nouvelles atteintes (Covid long et déchirure à l'épaule) dont elle souffre depuis le mois d'avril 2022, respectivement depuis septembre 2022, de sorte que l'intimé n'était pas légitimé à rendre la décision litigieuse sans autre mesure d'instruction.

En l'occurrence, il convient de renvoyer la cause à l'autorité intimée, dès lors que c'est à elle qu'il appartient en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGa). Il lui incombera de mettre en œuvre une nouvelle expertise ou un complément d'expertise portant sur la période courant à partir du 1^{er} avril 2022, comportant les mêmes volets que l'expertise réalisée par les médecins de la Clinique M. _____. Les experts auront en particulier pour tâche de déterminer si les nouveaux diagnostics de syndrome de Covid long et de déchirure de la surface profonde du tiers apical du tendon sous-scapulaire à l'épaule gauche, couplées aux autres atteintes à la santé de la recourante, ont une incidence sur sa capacité de travail et sur ses limitations fonctionnelles. Ils devront également se renseigner auprès du psychiatre traitant pour savoir

si le traitement par kétamine à visée multiple proposé par les médecins d'O._____ (cf. rapport du 5 septembre 2025) a été introduit et quels en sont les effets. Enfin, dans le cadre de leur examen, les experts se pencheront sur le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant posé par le psychiatre traitant (cf. rapport du 20 mai 2025) pour déterminer si ce diagnostic peut effectivement être retenu et s'il a, en tenant compte de l'ensemble des atteintes à la santé de la recourante, une quelconque incidence sur la capacité de travail et sur les limitations fonctionnelles de celle-ci.

7. a) S'agissant de la détermination du degré d'invalidité présenté par la recourante entre le 1^{er} juin 2021 et le 31 mars 2022, l'intimé a indiqué, de manière erronée, que la capacité de travail de celle-ci était de 80% au moment de l'ouverture de l'éventuel droit à la rente le 1^{er} juin 2021 (soit six mois après le dépôt de la demande ; art. 29 al. 1 LAI). En effet, à cette date, la recourante présentait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Outre que l'intimé s'est trompé quant à la capacité de travail retenue (80% au lieu de 50%), on comprend, à la lecture de la conclusion qu'il en a déduite (capacité de travail de 80% donc degré d'invalidité de 20%), qu'il a tenu compte d'une capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle, ce qui n'est pas correct. En effet, si un doute pouvait subsister, dans un premier temps, compte tenu des considérations des experts de la Clinique M._____, qui n'avaient pas clairement opéré de distinction entre la capacité de travail dans l'activité habituelle et la capacité de travail dans une activité adaptée dans leur rapport du 16 mai 2022, ceux-ci ont, par la suite, précisé que la capacité de travail de la recourante s'entendait dans une activité adaptée (cf. complément du 16 septembre 2022). A cela s'ajoute que le service de réadaptation de l'OAI avait considéré précédemment que l'activité d'éducatrice avec des personnes en situation de handicap, physiquement contraignante, ne correspondait pas aux limitations fonctionnelles de la recourante (cf. communication interne du 16 février 2017 et rapport final du service de réadaptation du 22 février 2017). Compte tenu d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle à compter de janvier 2018, le délai de carence d'une année a commencé à courir dès cette date. Dans la

mesure où la capacité de travail de la recourante était de 50% dans une activité adaptée le 1^{er} juin 2021, soit six mois après le dépôt de sa demande, l'intimé ne pouvait pas nier purement et simplement tout droit à une rente d'invalidité à la recourante à partir de cette date.

b/aa) L'art. 16 LPGa s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (art. 28a al. 1 LAI). Ainsi, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

bb) Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 *ad* art. 16).

cc) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires

nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

c) En l'espèce, pour déterminer le revenu qu'aurait pu obtenir la recourante si elle n'était pas devenue invalide, il y a lieu de se référer aux données statistiques ressortant de l'ESS 2020, soit au montant correspondant au salaire réalisé par une femme exerçant à 100%. A noter qu'il convient de prendre en compte le total général, dans la mesure où la recourante n'a pas entrepris de formation, niveau de compétences 1. Le montant en question doit encore être adapté à l'horaire usuel de travail de 41,7 heures, annualisé et indexé à l'année 2021 (+ 0,6%). On parvient ainsi à un revenu sans invalidité de 53'813 fr. 70 ($4276 \text{ fr.} / 40 \times 41,7 \times 12 + 0,6\%$).

Pour fixer le revenu d'invalidé, il y a également lieu de se référer aux données figurant dans l'ESS 2020, soit au montant correspondant au salaire réalisé par une femme exerçant à 50% dans toute activité adaptée (total général), niveau de compétences 1, en tenant compte de l'horaire usuel de travail de 41,7 heures, en annualisant le montant concerné et en l'indexant à l'année 2021 (+ 0,6%). On aboutit à un revenu d'invalidé de 26'906 fr. 85 ($4276 \text{ fr.} / 40 \times 41,7 \times 12 + 0,6\% \times 50\%$).

Après comparaison des revenus sans atteinte à la santé (53'813 fr. 70) et avec invalidité (26'906 fr. 85), il résulte un taux d'invalidité de 50%.

Partant, la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juin 2021 au 31 mars 2022, soit trois mois après l'amélioration constatée à partir du 1^{er} janvier 2022, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI.

8. a) En définitive, le recours doit être partiellement admis. La décision attaquée doit être réformée en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juin 2021 au 31 mars 2022. Elle doit être annulée pour le surplus et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction

complémentaire dans le sens des considérants (cf. *supra* consid. 6e) et nouvelle décision s'agissant du droit à la rente de la recourante à compter du 1^{er} avril 2022.

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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

c) La 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). Aussi, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'intimé (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office de Me Munoz. Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RA) [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision rendue le 31 mai 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens

qu'A._____ a droit à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juin 2021 au 31 mars 2022 et annulée pour le surplus, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision s'agissant du droit à la rente d'A._____ à compter du 1^{er} avril 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 A._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs), à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Munoz (pour la recourante),
- 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 :