

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 26 mai 2025

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mmes Berberat et Durussel, juges  
Greffière : Mme Huser

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**J.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par M. Denis Dougoud, conseiller juridique à Lausanne,

et

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

---

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

**E n f a i t :**

**A.** J.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1963, divorcée, mère de trois enfants majeurs, sans formation et sans activité depuis 2004 après avoir travaillé dans le domaine du nettoyage, a déposé, le 14 mars 2005, 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), invoquant des maux de dos et une dépression chronique.

Dans un rapport du 10 juin 2006, le Dr A.\_\_\_\_\_, médecin praticien, a mentionné les diagnostics de trouble anxiodépressif et de syndrome lombo-vertébral. Il précisait qu'il n'avait vu la patiente qu'à deux reprises en septembre 2005 et qu'à l'époque du suivi avec son prédécesseur, celle-ci prenait du Tranxilium et du Stilnox.

Aux termes d'un rapport du 19 décembre 2006, la Dre W.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, a posé les diagnostics de troubles dépressifs majeurs depuis quinze ans, de troubles anxieux généralisés également depuis quinze ans, de syndrome douloureux lombosacré sur discopathies L3-L4 et L4-L5, protrusion discale L5-S1 et troubles statiques, ainsi qu'une obésité de la part inférieure du tronc et des membres inférieurs. Elle concluait à une capacité de travail nulle dans toute activité. Au registre des médicaments, la Dre W.\_\_\_\_\_ mentionnait de la Paroxetine 20 mg (antidépresseur), du Tranxilium 5 mg (anxiolytique) et du Méfénacide (anti-inflammatoire non stéroïdien).

Une expertise pluridisciplinaire a été confiée à la Clinique C.\_\_\_\_\_, plus particulièrement aux Drs Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui ont rendu leur rapport le 9 octobre 2007. Dans le cadre de leur évaluation consensuelle, les experts ont retenu le diagnostic incapacitant de lombalgies chroniques sur spondylolisthésis par lyse isthmique bilatérale au niveau L5-S1 de grade I (M43.0 et M43.1) et comme diagnostic sans incidence sur la capacité de travail un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive

prolongée (F43.21). A titre de limitations fonctionnelles, ils ont mentionné le port de charges supérieures à 5-8 kg, le port de charges répétitif, les positions statiques - assis ou debout - prolongées, le travail en position agenouillée ou accroupie, les mouvements de contrainte répétitifs au niveau du rachis, le travail en hauteur ou sur une échelle et les longs déplacements, surtout en terrain irrégulier. Les experts ont évalué la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle comme étant nulle, mais de 100% avec une baisse de rendement de 30% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le traitement médicamenteux consistait en du Paronex 20 mg, 1 cp/jour (depuis quatre ans), du Sirdalud, 1 cp/jour et du Tranxilium 5mg, 2x/jour. L'expert psychiatre en particulier mentionnait que l'assurée préparait les repas mais nécessitait de l'aide dans les activités ménagères, qu'elle voyait régulièrement ses enfants et qu'elle ne s'occupait pas de l'administratif dont se chargeait son ami. Il notait la présence de symptômes anxieux et dépressifs et précisait que l'assurée avait vécu, par le passé, des périodes anxio-dépressives plus importantes qu'au jour de l'expertise. Le Dr K.\_\_\_\_\_ évoquait encore des « moyens affectivo-intellectuels et langagiers limités » qui pouvaient amener l'assurée à mettre en avant des plaintes somatiques suggérant une majoration inconsciente ou un besoin identitaire d'être reconnue. Il préconisait l'introduction d'un suivi psychiatrique-psychothérapeutique intégré à une prescription d'un antidépresseur à dose plus élevée, pouvant être combiné avec un deuxième antidépresseur ayant des sites d'action différents, dans le but de prévenir le risque d'une aggravation sur le plan psychique, d'améliorer les symptômes de la réaction dépressive prolongée liée au trouble de l'adaptation et même de lui permettre de s'engager de façon plus proactive dans la recherche d'une activité professionnelle. L'expert psychiatre relevait toutefois qu'un traitement antidépresseur restait discutable car l'assurée ne prenait pas le psychotrope qui lui avait été prescrit, contrairement à ce qu'elle affirmait. Il en concluait qu'on pouvait douter de l'intensité de la souffrance psychique évoquée par l'assurée et de la volonté de celle-ci à s'engager dans un processus de traitement. La capacité de travail était de 100% dans toute activité, sur le plan psychiatrique.

Par avis du 5 décembre 2007, le SMR a repris les conclusions des experts.

Dans un rapport du 20 avril 2009, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui suivait l'assurée depuis novembre 2008, a posé le diagnostic de trouble dépressif récidivant, avec épisodes d'intensité légère à moyenne-sévère, le premier épisode remontant à son premier divorce en 1990. Il précisait que la symptomatologie anxieuse et surtout dépressive s'était manifestée de manière plus intense et régulière depuis 2004, caractérisée par un repli sur elle-même, l'aggravation de somatisations et la chronicisation de la symptomatologie anxieuse et dépressive. Selon le médecin précité, le fonctionnement psychique global évoquait un développement mental incomplet. En conclusion, le Dr H.\_\_\_\_\_ estimait que l'incapacité de travail pour des raisons psychiatriques était devenue invalidante depuis 2004, en raison de l'épuisement des capacités adaptatives dû à une décompensation de la personnalité, et que cette incapacité était d'au moins 70%, sinon totale.

Par avis du 11 mai 2009, le SMR a estimé que le Dr H.\_\_\_\_\_ avait procédé à une appréciation différente, plus empathique, d'une même situation.

Dans un rapport du 10 mars 2010, le Dr H.\_\_\_\_\_ mentionnait que deux épisodes dépressifs majeurs avaient été observés de juillet à septembre 2009 puis depuis fin janvier 2010 jusqu'au jour du rapport. Il précisait que la patiente avait perdu 25 kg depuis juillet 2009 et qu'elle se sentait de plus en plus fatiguée et abattue. Celle-ci prenait, outre des anti-inflammatoires, une médication psychotrope (Fluoxetine Mepha 20 mg, Lorasifar 1 mg, Trimipramine 100 mg, Temesta 1 mg en réserve).

Le 16 mars 2010, le SMR a estimé qu'il n'y avait pas de fait nouveau, ni d'aggravation, si bien que la position du service précité était maintenue.

Par projet du 30 août 2010, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité.

Par courrier du 29 septembre 2010, l'assurée s'est opposée au projet de décision, en soutenant que son état de santé s'était aggravé tant sur le plan somatique que psychiatrique.

Par décision du 22 décembre 2010, confirmant le projet du 30 août 2010, l'OAI a refusé à l'assurée l'octroi d'une rente d'invalidité. Cette décision n'a pas été contestée et est entrée en force.

**B.**           **a)** Le 25 novembre 2016, l'assurée a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI, en indiquant, quant au genre de l'atteinte, un trouble anxieux et dépressif chronique, des lombodorsalgies chroniques, ainsi qu'un syndrome du canal carpien bilatéral.

Par décision du 30 mars 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette demande, dans la mesure où la situation professionnelle et/ou médicale de l'assurée ne s'était pas notablement modifiée depuis la précédente décision de refus de prestations du 22 décembre 2010.

**b)** Le 25 septembre 2018, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, en raison de problèmes de dos, de difficultés à marcher à la suite d'une hernie discale, de problèmes aux genoux et à la main gauche, ainsi que de troubles psychologiques.

Cette demande a également fait l'objet d'une décision de refus d'entrée en matière du 22 février 2019.

**c)** Après réception d'un rapport du Centre de psychiatrie et psychothérapie V. \_\_\_\_\_ du 22 mars 2019, joint à un courrier de l'assurée, demandant la révision de son dossier à la suite d'une aggravation de son état de santé, l'OAI a rendu une nouvelle décision de refus d'entrer en matière le 25 juin 2019.

**C.** Le 17 mars 2023, l'assurée a déposé une cinquième demande de prestations auprès de l'OAI. A l'appui de sa demande, elle a joint un rapport du 4 mars 2023 du Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui la suivait depuis le 9 avril 2022. Ce médecin posait les diagnostics de syndrome post-traumatique (F43.1), de phobies spécifiques (transports publics) (F40.2), de dysthymie (F34.1), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et de retard mental léger F60.7). Il mentionnait les limitations suivantes : isolement social et comportement d'évitement, instabilité émotionnelle sévère, « hypopragsmatisme », difficultés liées aux tâches administratives (demande de curatelle en cours), difficultés dans les déplacements, difficultés de planification, hypersensibilité au stress, capacités d'adaptation très réduites, fatigue et fatigabilité très augmentées. Il indiquait en outre que sa patiente bénéficiait d'un suivi psychiatrique à la quinzaine avec un suivi hebdomadaire à domicile par une infirmière en soins psychiatriques. Le traitement médicamenteux consistait en du Fluoxetine 40mg/jour. Selon le médecin précité, la capacité de travail de sa patiente était nulle dans toute activité depuis au moins 2009.

Entre-temps, l'assurée a été mise au bénéfice d'une rente-pont de 2'725 fr. par mois à partir du 1<sup>er</sup> mars 2023 par décision du 6 mars 2023 du Centre régional de décision, Rente-pont, [...].

L'OAI, se fondant sur un compte-rendu de la permanence SMR du 3 avril 2023, a estimé que l'assurée avait rendu plausible une aggravation de son état de santé, au motif qu'un traitement antidépresseur avait été introduit, et décidé d'entrer en matière sur cette demande.

Dans un rapport du 23 juin 2023, le Dr L.\_\_\_\_\_ a précisé que les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec aggravation depuis 2020, de dysthymie et de syndrome post-traumatique étaient présents depuis 1991, que celui de phobies spécifiques (transport publics) datait de 2020 et que celui de retard mental léger existait depuis une date indéterminée. Il mentionnait les mêmes limitations que

précédemment et précisait encore que l'assurée présentait des difficultés relationnelles (rapports marqués par la peur et par la méfiance), des difficultés dans la gestion des émotions (instabilité émotionnelle très accentuée, pleurs à chaque entretien), de l'apragmatisme, des difficultés liées aux tâches administratives (limitations intellectuelles, demande de curatelle à l'étude), des difficultés d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne (hormis l'hygiène personnelle) (aide pour son ménage), des difficultés dans les déplacements (rayon de mèche limité), une hypersensibilité au stress (ne supporte pas la pression), d'apparition périodique de phases de décompensation. La capacité d'organisation/planification était limitée en raison d'un manque d'instruction et d'une limitation intellectuelle, de même que la capacité d'adaptation au changement, compte tenu de très faibles ressources. Le psychiatre traitant faisait état d'une aggravation depuis 2020, laquelle était le résultat d'années d'atteintes à la fois somatiques et psychiques. Au rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ était joint un compte-rendu du 27 avril 2023 de l'Unité de pharmacogénétique et de psychopharmacologie clinique (UPPC) du Centre hospitalier P. \_\_\_\_\_ ( [...]), dans lequel il était indiqué un taux sanguin faible (celui-ci se situait dans le bas des valeurs recommandées) de Fluoxetine retrouvé chez l'assurée qui pouvait s'expliquer par un métabolisme rapide et/ou par une adhésion médicamenteuse partielle.

Dans un avis du 5 juillet 2023, le SMR a estimé qu'une éventuelle aggravation psychique pourrait être retenue au plus tôt à partir d'avril 2022 mais que celle-ci ne paraissait pas significative, compte tenu du fonctionnement de l'assurée connu de longue date. Il suggérait ainsi de réinterroger le psychiatre traitant en décembre 2023 pour connaître l'évolution après une période où des facteurs de stress étaient à prévoir (déménagement avec changement d'équipe soignante, puis demande de mise sous curatelle).

Sur questions de l'OAI, le Dr L. \_\_\_\_\_ a indiqué, le 21 décembre 2023, que sa patiente avait pu réaliser son projet de déménager plus près de l'une de ses filles et que l'évolution de son état

de santé était stable mais fragile, avec des symptômes à la fois anxieux, dépressifs et cognitifs toujours présents, des réminiscences de violences subies, de faibles ressources adaptatives, une capacité d'attention, de concentration et de mémoire diminuée. Elle présentait de la tristesse, une anhédonie, de la fatigabilité et se plaignait de douleurs somatiques. Le médecin précité estimait que sa patiente était durablement totalement inapte à travailler dans toute activité.

Par avis du 27 février 2024, le médecin du SMR a relevé que les symptômes retenus par le psychiatre traitant étaient les mêmes que ceux décrits les années précédentes. L'anxiété, la dépression et les troubles cognitifs étaient régulièrement documentés depuis la première demande de prestations et même si leur intensité n'avait pas été précisée, ces troubles ne semblaient pas s'être péjorés, l'assurée demeurant toujours capable de gérer les tâches du quotidien de manière autonome. Il n'y avait pas d'appauvrissement du quotidien de l'assurée, lequel était superposable à celui documenté dans le cadre de la demande initiale, notamment une vie sociale limitée avec des contacts uniquement avec ses enfants. En outre, entre juin et décembre 2023, malgré l'annonce de plusieurs facteurs de stress annoncés, le suivi psychiatrique avait été espacé (bimensuel à mensuel) et le traitement psychotrope instauré en août 2022 n'avait pas été modifié, malgré un effet jugé comme moyen. Le médecin du SMR en a ainsi conclu que la situation était globalement superposable à celle documentée au cours des années et que, malgré les variations thymiques décrites par les intervenants, le fonctionnement global n'était pas altéré, si bien que les conclusions précédentes restaient valables. La médecin précitée a encore précisé que le diagnostic de retard mental léger avait été documenté depuis 2009 et qu'il était présent depuis l'enfance mais qu'il n'avait pas empêché l'assurée de travailler dans un emploi non qualifié.

Par projet du 18 avril 2024, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles. Il a constaté que l'état de santé de l'intéressée ne présentait pas d'aggravation pouvant modifier la capacité de travail résiduelle retenue de

70% dans une activité adaptée. Après comparaison des revenus de l'assurée sans invalidité (55'086 fr. 56) et avec invalidité (34'704 fr. 53) sur la base des données statistiques issues de l'Enquête suisse sur la structure des salaires, son degré d'invalidité s'élevait à 37%, ce qui n'ouvrait pas de droit à une rente. S'agissant des mesures professionnelles, celles-ci n'étaient pas envisageables dans sa situation compte tenu de son âge et de ses ressources.

Par courrier du 21 mai 2024, l'assurée s'est opposée au projet précité, en soutenant que son état de santé s'était aggravé par rapport à la situation qui prévalait lors de la décision du 22 décembre 2010. Elle a sollicité un délai pour produire de nouveaux rapports médicaux.

Par lettre du 25 juin 2024, l'assurée a mentionné que le changement de son état de santé était de nature essentiellement psychiatrique. A l'appui de sa contestation, elle a produit un rapport du 3 juin 2024 de la Dre T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale qui la suivait depuis septembre 2020, dans lequel cette médecin indiquait qu'il n'y avait pas de nouveau diagnostic somatique ayant un impact sur sa capacité de travail, ni de nouvelles limitations fonctionnelles, si bien qu'elle adhérerait au taux de 70% de capacité de travail dans une activité adaptée retenu par l'OAI. L'assurée a également produit un rapport du 30 mai 2024 de son psychiatre traitant, aux termes duquel celui-ci précisait que l'évolution de la patiente restait inchangée avec une symptomatologie mixte anxieuse, dépressive et douloureuse qui dominait son fonctionnement psychique. Le Dr L.\_\_\_\_\_ mentionnait les mêmes diagnostics que ceux qu'il avait posés dans ses rapports précédents. Il précisait en particulier que le diagnostic de trouble de l'adaptation, proposé par l'expert en 2007, ne s'appliquait plus car les situations de vie qui auraient pu influencer la symptomatologie à l'époque ne perduraient plus. En revanche, la récente perte de sa mère avait occasionné une aggravation de son état dépressif chronique, raison pour laquelle il retenait le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Par ailleurs, il posait le diagnostic de dysthymie plutôt que celui de réaction dépressive prolongée, compte tenu d'un abaissement chronique de l'humeur,

persistant depuis plusieurs années. Il mentionnait que la patiente bénéficiait d'un suivi psychiatrique toutes les six semaines à la suite de son déménagement, ainsi que d'un suivi à domicile par une infirmière en soins psychiatriques. Le traitement médicamenteux restait inchangé, de même que les limitations.

Par décision du 22 juillet 2024, confirmant le projet du 18 avril 2024, l'OAI a refusé à l'assurée l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles.

**D.** Par acte du 13 septembre 2024, l'assurée, assistée de M. Denis Dougoud, conseiller juridique, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, en concluant principalement à son annulation, en ce sens qu'une incapacité de travail et de gain totale lui est reconnue et, subsidiairement, à ce que l'instruction soit complétée avec la mise en œuvre d'une expertise médicale comportant au moins un volet psychiatrique et un volet rhumatologique. Elle a en substance fait valoir qu'au moment où l'expertise avait été rendue, elle n'avait pas de suivi spécialisé. Or elle avait débuté un suivi psychiatrique dix-huit mois après l'expertise et le psychiatre traitant soulignait un état psychique plus marqué que celui décrit par l'expert psychiatre et confirmait, en mars 2010, la survenue de deux épisodes dépressifs (juillet-septembre 2009 et dès la fin janvier 2010) avec une perte pondérale importante depuis juillet 2009. Le SMR avait cependant écarté par deux fois l'appréciation du psychiatre traitant et s'était ainsi rallié à l'avis de l'expert psychiatre. Selon la recourante, il existait une incohérence à vouloir écarter tous les éléments médicaux produits postérieurement à l'expertise de 2007, dans la mesure où le diagnostic (trouble de l'adaptation) qu'avait posé l'expert psychiatre devait s'amender au plus tard deux ans après, soit en mars 2009, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. La recourante a également soutenu que le SMR avait maintenu à tort les conclusions médicales ayant fondé la décision de refus de 2010, malgré le fait que les psychiatres successifs qui la suivaient continuaient de retenir des troubles plus intenses, notamment sur le plan de l'humeur. Elle a par ailleurs estimé que l'impact des

limitations cognitives relatives au retard mental léger diagnostiqué ainsi que leurs interactions avec les autres troubles psychiatriques n'avaient pas été évalués à leur juste mesure. Enfin, elle a fait valoir qu'un simple avis SMR ne suffisait pas pour écarter les faits nouveaux apportés par le psychiatre traitant qui montraient clairement, selon elle, une aggravation psychiatrique depuis l'expertise bidisciplinaire réalisée en 2007.

Par prononcé du 17 septembre 2024, l'assurée a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, sous la forme d'exonération des avances et des frais judiciaires.

Dans sa réponse du 18 novembre 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours, en se fondant sur un avis du 5 novembre 2024 du SMR, aux termes duquel il a conclu à l'absence d'aggravation significative de l'état de santé de la recourante postérieurement à la décision du 22 décembre 2010.

Répliquant le 9 décembre 2024, la recourante a maintenu ses conclusions, en soutenant que l'avis du SMR, qui comparait sa symptomatologie avec celle constatée par les psychiatres traitants pour souligner l'absence d'éléments nouveaux, était critiquable dans la mesure où la comparaison devait s'effectuer avec la situation qui prévalait en 2007 et non par la suite, dès lors que l'OAI n'était pas entré en matière sur ses demandes précédentes. Elle a par ailleurs mentionné à nouveau que la question du retard mental avait été, selon elle, examinée de manière lacunaire et arbitraire par l'intimé qui n'avait pas mis en lien cette déficience intellectuelle avec la fréquence des consultations psychiatriques et la médication psychotrope.

Par duplique du 18 décembre 2024, l'intimé a mentionné qu'il n'avait rien à ajouter et s'est référé à sa réponse du 18 novembre 2024.

**E n d r o i t :**

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

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

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

**b)** En l'occurrence, la décision litigieuse, rendue le 22 juillet 2024, fait suite à la demande de prestations déposée par la recourante le 17 mars 2023. Il y a donc lieu d'appliquer le droit en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

**3.** Le litige porte sur le droit aux prestations de la recourante, à la suite de la nouvelle demande qu'elle a déposée le 17 mars 2023, singulièrement sur le point de savoir si sa situation s'est modifiée, depuis la dernière décision de refus de prestations du 22 décembre 2010, dans une mesure susceptible d'influencer son droit aux prestations.

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

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (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).

**5. a)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b).

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

**6. a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre

position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**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\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**c)** Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se

distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Il est ainsi admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C\_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

**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).

**7. a)** En l'espèce, la recourante a déposé une cinquième demande de prestations le 17 mars 2023, en faisant valoir une aggravation de son état de santé sur le plan psychiatrique. Dans la mesure où l'intimé a estimé que la recourante avait rendu plausible l'aggravation alléguée, il est entré en matière sur sa demande de prestations et après instruction, a retenu que son état de santé ne s'était pas modifié d'une manière notable par rapport à la situation qui prévalait au moment où la décision de refus de prestations du 22 décembre 2010 – laquelle reposait sur un examen matériel du droit à la rente – avait été rendue, si bien qu'il a refusé à l'assurée l'octroi de prestations par décision du 22 juillet 2024.

**b/aa)** Il convient tout d'abord de rappeler que dans le cadre de la décision rendue en 2010, l'intimé a nié le droit de la recourante à des prestations d'invalidité. Il s'est en particulier fondé sur le rapport d'expertise de la Clinique C. \_\_\_\_\_ du 9 octobre 2007, aux termes duquel les experts avaient retenu le diagnostic incapacitant de lombalgies chroniques sur spondylolisthésis par lyse isthmique bilatérale au niveau L5-S1 de grade I (M43.0 et M43.1) et comme diagnostic sans incidence sur la capacité de travail un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21). Ils avaient conclu à une capacité de travail de l'assurée de 70% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques, l'activité habituelle n'étant plus adaptée. L'expert psychiatre en particulier avait expliqué que les symptômes anxieux et dépressifs présents chez la recourante ne permettaient pas de retenir des limitations dans sa capacité de travail, laquelle était de 100% sur le plan psychiatrique. Il avait en revanche précisé que la recourante avait vécu des périodes anxio-dépressives plus importantes par le passé qui n'étaient plus d'actualité au jour de l'expertise. Il avait également évoqué des « moyens affectivo-intellectuels et langagiers limités » chez la recourante,

pouvant l'amener à mettre en avant des plaintes somatiques douloureuses, évoquant une majoration inconsciente ou un besoin d'être reconnue.

**bb)** Dans le cadre du dépôt de sa cinquième demande de prestations le 17 mars 2023, la recourante a fait valoir une aggravation de son état de santé sur le plan psychiatrique uniquement. Aussi, l'examen se limitera à cet aspect-là, la recourante n'ayant pas fait état d'une modification de son état de santé dans le registre somatique. L'absence de changement sur ce plan-là a en outre été confirmée par la Dre T.\_\_\_\_\_ qui a indiqué qu'il n'y avait pas de nouveau diagnostic somatique, ni de nouvelles limitations fonctionnelles, si bien qu'il convenait de se rallier aux conclusions de l'expertise de 2007 quant à une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée (cf. rapport du 3 juin 2024).

Pour rendre sa décision de refus de prestations du 22 juillet 2024 et retenir qu'il n'y avait pas eu d'aggravation significative de l'état de santé de la recourante sur le plan psychiatrique, l'intimé s'est fondé sur l'appréciation du SMR. Celui-ci a en particulier relevé, dans son avis du 27 février 2024, que les symptômes mentionnés par le psychiatre traitant (cf. rapports des 4 mars 2023, 23 juin et 21 décembre 2023), étaient les mêmes que ceux décrits précédemment. L'anxiété, la dépression et les troubles cognitifs étaient régulièrement documentés depuis la première demande et même si leur intensité n'était pas précisée, ils ne semblaient pas s'être péjorés, dans la mesure où l'assurée demeurait toujours capable de gérer les tâches du quotidien de manière autonome. Aucun appauvrissement du quotidien de la recourante n'était constaté, lequel était superposable à celui documenté dans la demande initiale, notamment une vie sociale très limitée avec des contacts uniquement avec ses enfants. Le SMR notait également qu'entre juin et décembre 2023, malgré l'annonce de plusieurs facteurs stressants à venir, le suivi psychiatrique avait été espacé (bimensuel à mensuel) et qu'aucune modification du traitement psychotrope (Fluoxetine 40 mg/jour) instauré en 2022 n'était intervenue, malgré un effet jugé comme moyen par le

psychiatre traitant lors du dosage plasmatique réalisé en avril 2023. Ces éléments questionnaient en l'absence d'amélioration alléguée. Le SMR concluait que l'ensemble de ces constats laissait penser que la situation était globalement superposable à celle documentée au cours des années et que malgré les variations thymiques décrites par les intervenants, le fonctionnement global n'était pas altéré, si bien que les conclusions précédentes restaient valables. Le SMR relevait encore, concernant la présence d'un retard mental léger chez la recourante, que celui-ci avait été documenté depuis 2009 et qu'il était présent probablement depuis l'enfance mais qu'il n'avait pas empêché celle-ci d'exercer un emploi non qualifié comme celui qu'elle avait exercé.

**cc)** Au stade du recours, la recourante s'est essentiellement référée au rapport du 30 mai 2024, produit dans le cadre de la procédure d'opposition, dans lequel le Dr L. \_\_\_\_\_ a repris les diagnostics évoqués jusqu'alors, tout en précisant que le diagnostic de trouble de l'adaptation posé par l'expert en 2007 ne s'appliquait plus car les situations de vie qui auraient pu influencer la symptomatologie à l'époque n'avaient pas perduré. En revanche, le décès de la mère de l'assurée avait provoqué une aggravation de son état dépressif chronique. Elle se rendait en consultation toutes les six semaines à la suite de son déménagement récent pour se rapprocher de son fils. L'assurée était toujours suivie à domicile par une infirmière en soins psychiatriques. Le psychiatre traitant mentionnait toujours les mêmes limitations que précédemment.

Le rapport précité a été soumis au SMR (cf. avis du 5 novembre 2024) qui a constaté que les diagnostics avaient certes varié selon les intervenants (experts et thérapeutes) durant la période allant de 2007 à 2024 mais que la symptomatologie décrite (tristesse, ruminations, fatigue, anxiété, manque de confiance en soi, difficultés de concentration, troubles du sommeil) était la même depuis que le dossier avait été porté à la connaissance de ce service. Il a également relevé que l'expertise réalisée en 2007 faisait déjà mention de « périodes anxio-dépressives plus importantes » par le passé, correspondant vraisemblablement aux périodes de séparation de l'assurée, que les psychiatres en charge du

suivi de la recourante par la suite avaient retenues comme les épisodes d'un trouble dépressif récurrent. Or, plus que les diagnostics posés, ce qui était déterminant correspondait aux répercussions fonctionnelles qui traduisaient la gravité de l'atteinte et aucune aggravation du fonctionnement de la recourante n'était documentée entre 2005 et 2024. En effet, en 2007, la recourante évitait déjà de sortir, restait chez elle, n'avait que des contacts avec ses enfants, ne conduisait pas, ne gérait pas l'administratif (factures payées par son ami). Par ailleurs, entre 2011 et 2017, la recourante ne bénéficiait d'aucun suivi psychiatrique, ce qui suggérait que l'atteinte était en rémission ou du moins pas incapacitante. Le SMR a encore constaté que le suivi psychiatrique repris par le Dr L. \_\_\_\_\_ en 2022 n'amenait pas d'éléments cliniques en faveur d'une péjoration de l'état de santé de la recourante. L'espacement du suivi au cours du temps et l'absence de modification du traitement antidépresseur (molécule et dosage) chez une assurée connue pour une non-compliance médicamenteuse (cf. rapport d'expertise de 2007) corroboraient l'absence d'aggravation. Quant au diagnostic de retard mental léger, il mettait vraisemblablement l'assurée à risque de décompensation dépressive à chaque situation de surcharge au vu de la diminution des capacités d'adaptation. Néanmoins, les ressources de l'assurée n'étaient pas épuisées, dès lors que celle-ci restait capable de faire face au quotidien, qu'elle maintenait le contact avec ses proches et qu'elle avait été en mesure de déménager récemment. Le SMR en a conclu que, malgré les variations thymiques transitoires constatées chez l'assurée, son fonctionnement global n'était pas altéré par rapport à celui qui était décrit dans le rapport d'expertise de 2007.

**dd)** En l'occurrence, on peut tout d'abord relever que si l'intimé n'a, dans un premier temps, pas soumis au SMR le rapport du 5 mars 2024 du Dr L. \_\_\_\_\_, produit dans le cadre de la procédure d'opposition, avant de rendre la décision litigieuse du 22 juillet 2024 – ce qui interpelle –, cela n'ôte pas encore toute valeur probante à l'appréciation de ce service. En effet, ce rapport, qui a été soumis au SMR dans le cadre de la procédure de recours, n'a pas apporté d'éléments nouveaux par rapport aux précédentes appréciations du psychiatre traitant et n'a fait que conforter

le SMR dans sa position. Celui-ci a ainsi tenu compte de tous les rapports médicaux produits par la recourante dans son avis du 5 novembre 2024, dont il n'y a pas lieu de s'écarter. Comme l'a relevé le service précité, si les diagnostics (trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée en 2007 versus trouble dépressif récurrent et dysthymie en 2023 notamment) ont varié au fil du temps en fonction des spécialistes qui ont suivi la recourante, il convient de constater que la symptomatologie présentée par celle-ci ne s'est pas modifiée au fil des années et que son fonctionnement au quotidien n'a guère changé entre la situation qui prévalait en 2010 et celle de 2024. Or on rappellera que, du point de vue de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic, mais l'effet de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est déterminant (TF 8C\_672/2023 du 4 juin 2024 consid. 3.2.1 et les références citées). On constate en outre, à la lecture du rapport du 4 mars 2024 du psychiatre traitant, que la recourante a pu réaliser son projet de déménagement en 2023 pour se rapprocher de l'une de ses filles et qu'il n'y a pas eu de changement dans son fonctionnement après cet évènement par rapport à la situation qui prévalait en 2010. Les autres constats faits par le SMR, notamment l'absence de suivi entre 2011 et 2017 suggérant une atteinte non incapacitante, l'absence d'éléments cliniques en faveur d'une péjoration de l'état de santé de la recourante depuis 2022 et l'espacement du suivi psychiatrique au cours du temps ainsi que l'absence de modification du traitement antidépresseur (molécule et dosage) chez une assurée connue pour une non-compliance médicamenteuse, sont convaincants et permettent de se rallier à son appréciation selon laquelle la situation ayant donné lieu à la décision du 22 juillet 2024 est superposable à celle qui prévalait en 2010. On relèvera du reste que, dans son rapport du 23 juin 2023, le Dr L.\_\_\_\_\_ a évoqué une aggravation de l'état de santé de sa patiente depuis 2020 sur le plan psychique, mais n'a aucunement motivé son appréciation, se limitant à mentionner que cette aggravation était le résultat d'années d'atteintes à la fois somatiques et psychiques. En outre, ce médecin n'a pas expliqué en quoi le diagnostic de phobies spécifiques existant depuis 2020 aurait une incidence sur la capacité de travail de la recourante. Ce spécialiste n'a, en fin de compte, fait que procéder à une lecture différente d'un même état

de fait, étant rappelé que le rapport de confiance qui lie un médecin traitant à son patient le place dans une position délicate pour constater des faits sur le plan asséculoologique. En d'autres termes, les rapports du Dr L. \_\_\_\_\_ ne permettent pas de retenir une aggravation significative de l'état de santé psychique de la recourante susceptible d'influencer son degré d'invalidité. Tout au plus, peut-on retenir, à l'instar de l'intimé, que la recourante connaît des variations thymiques depuis de nombreuses années, sans toutefois que cela n'affecte son fonctionnement global et, partant, sa capacité de travail.

La recourante ne saurait par ailleurs tirer argument du fait que le SMR avait mentionné dans un premier temps qu'un épuisement des ressources ne pouvait être exclu. En effet, cet élément a certes été évoqué dans l'avis de ce service du 5 juillet 2023, mais à la suite de questions complémentaires posées en décembre 2023 au psychiatre traitant, le SMR a constaté, en février 2024, que l'assurée était toujours capable de gérer les tâches du quotidien de manière autonome et qu'il n'y avait pas d'appauvrissement du quotidien qui était superposable à celui documenté dans la demande initiale, notamment une vie sociale très limitée avec des contacts uniquement avec ses enfants. Il a confirmé ce constat dans son avis du 5 novembre 2024, en relevant que l'assurée restait capable de faire face au quotidien, qu'elle maintenait le contact avec ses proches et qu'elle avait été en mesure de déménager peu de temps avant. Il n'y a en l'occurrence pas matière à s'écarter de cette appréciation.

Quant à l'argument de la recourante selon lequel le diagnostic de retard mental léger n'aurait pas été suffisamment investigué, il doit être écarté. En effet, le SMR s'est prononcé de manière claire à ce sujet, en précisant que cette composante mettait vraisemblablement la recourante à risque de décompensation dépressive à chaque situation de surcharge au vu de la diminution des capacités d'adaptation mais que ses ressources n'étaient pas épuisées, dès lors que celle-ci restait capable de faire face au quotidien, qu'elle maintenait le contact avec ses proches et qu'elle avait été en mesure de déménager récemment. A noter que

l'expert psychiatre avait déjà tenu compte de cet aspect en 2007, puisqu'il avait mentionné la présence de « moyens affectivo-intellectuels et langagiers limités », lesquels n'avaient toutefois aucune incidence sur la capacité de travail de la recourante.

En conclusion, le SMR, qui a pris en compte tous les rapports médicaux produits par la recourante et apprécié la situation de manière convaincante et en toute connaissance de cause, peut être suivi.

On peut certes encore se demander, comme l'a relevé la recourante, si l'intimé a valablement écarté sans plus ample examen les éléments médicaux produits postérieurement à l'expertise de 2007 mais antérieurement à la décision du 22 décembre 2010 (cf. en particulier le rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ du 10 mars 2010 faisant état de deux épisodes dépressifs majeurs). Toutefois, dans la mesure où la recourante n'a pas contesté la décision de refus de prestations rendue le 22 décembre 2010, qui est entrée en force, on ne saurait revenir sur les éléments antérieurs à cette décision.

**c)** En définitive, il y a lieu de constater, avec l'intimé, que la situation ayant donné lieu à la décision du 22 juillet 2024 est superposable à celle qui prévalait en 2010 et qu'il n'y a, par conséquent, pas d'aggravation de l'état de santé de la recourante notable, susceptible d'influencer ses droits. Partant, les conclusions de l'expertise réalisée en 2007 restent valables et il convient de retenir que la recourante dispose d'une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques.

**8.** Sur le plan économique, la recourante ne conteste ni les revenus sans et avec invalidité retenus par l'intimé, ni le recours à l'Enquête suisse sur la structure des salaires, pas plus que le calcul du taux d'invalidité, lequel aboutit à un degré d'invalidité de 37%, n'ouvrant pas de droit à une rente. Vérifiés d'office, ces éléments peuvent être confirmés.

**9.** Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique. Une telle mesure ne serait en effet pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). La requête de la recourante en ce sens doit ainsi être rejetée.

**10. a)** Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée 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. Toutefois, celle-ci étant au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice, les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant seront provisoirement assumés par l'Etat. La recourante est cependant rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

**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 22 juillet 2024 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), mis à la charge d'J. \_\_\_\_\_, sont provisoirement assumés par l'Etat.
- IV. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.
- V. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- M. Denis Dougoud (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 :