

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 août 2025

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente

MM. Neu et Tinguely, juges

Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

Y._____, à [...], recourante, représenté par Me Lionel Ducret, avocat, à Vevey,

et

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

Art. 17 LPGA ; art. 28 LAI.

E n f a i t :

A. Y._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1974, mère de deux enfants désormais adultes, sans formation professionnelle certifiée, a exercé une activité d'ouvrière jusqu'à la survenance d'une incapacité totale de travail le 2 septembre 2013.

Elle a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 14 février 2014.

A l'issue d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique, réalisé le 20 octobre 2014, au sein du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), l'OAI a rendu une décision de refus de reclassement et de rente d'invalidité le 22 juin 2015, au motif que la capacité de travail de l'assurée était entière dans l'activité habituellement exercée.

Statuant sur le recours de l'assurée contre la décision précitée, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal l'a partiellement admis et prononcé le renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise et nouvelle décision dans un arrêt du 17 février 2016 (AI 222/15 - 40/2016).

B. En exécution de cet arrêt, l'OAI a diligenté une expertise pluridisciplinaire de Y._____, comprenant des volets de médecine interne, rhumatologie et psychiatrie, dont le mandat a été confié à la Clinique C._____. Selon le rapport correspondant du 23 mai 2017, les experts n'ont fait état d'aucun diagnostic se répercutant sur la capacité de travail de l'assurée. Ils ont retenu ceux de suspicion de personnalité passive-agressive, de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive et d'état douloureux chronique diffus, lesquels s'avéraient non incapacitants.

Par décision du 20 novembre 2017, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente de l'assurance-invalidité, faute de pathologie susceptible d'impacter sa capacité de travail et de gain.

Saisie d'un recours de l'assurée, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal l'a rejeté par arrêt du 12 avril 2019 (AI 8/18 - 108/2019).

C. Y._____ a formulé une seconde requête de prestations de l'assurance-invalidité le 29 mai 2019.

Invitée à rendre plausible une modification significative de son état de santé par l'OAI, l'assurée s'est prévaluée de rapports établis par les Drs B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant, et N._____, médecin généraliste traitant. Le 26 juin 2019, le Dr B._____ a fait état des diagnostics de trouble dépressif récurrent sévère (F33.2) avec syndrome somatique, de phobie sociale très sévère (F40.1), de trouble panique avec agoraphobie (F40.01) et d'état de stress post-traumatique (F43.1), lesquels entraînaient une incapacité totale de travail. Quant au Dr N._____, il a notamment communiqué, le 4 juillet 2019, l'ensemble des pathologies somatiques évoquées dans le cas de sa patiente, à savoir des douleurs polyinsertionnelles diffuses multiples sur fibromyalgie, des cervicalgies sur facettarthrose C4-C5-C6-C7, des lombalgies sur troubles statiques et dégénératifs du rachis, une toux chronique d'origine multifactorielle, une suspicion de dyskinésie laryngée, un syndrome d'hyperventilation, une épicondylite du coude droit récidivante, des gonalgies droites sur syndrome fémoropatellaire, des omalgies gauches sur tendinite récidivante du long chef du biceps et une diplopie horizontale intermittente sur exophorie décompensée.

Le 29 novembre 2019, l'assurée a fait parvenir à l'OAI un rapport établi le 8 décembre 2018 par le Dr L._____, spécialiste en rhumatologie, lequel relevait les plaintes afférentes à des douleurs musculosquelettiques et articulaires multiples, diffuses et récurrentes, dans le contexte d'un syndrome fibromyalgique, aggravé par une

dysthymie sévère. Il observait que le traitement antalgique et psychotrope était relativement conséquent, préconisant une consultation spécialisée sur le plan neurologique.

Par décision du 3 juin 2020, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations formulée par l'assurée.

D. Y._____ a adressé à l'OAI une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité le 4 octobre 2021. Etaient annexés au formulaire correspondant les documents suivants :

- un rapport d'examen neuropsychologique du 23 mai 2021, établi par la psychologue spécialisée D._____, laquelle relevait des troubles mnésiques antérogrades et un déficit en mémoire immédiate, visuospatiale, un ralentissement à plusieurs épreuves sous contrainte temporelle, ainsi que des difficultés de cognition sociale ; le tableau pouvait être compatible avec le trouble dépressif connu dans le cas de l'assurée ; il était difficile de se prononcer sur l'éventuelle nature évolutive des troubles ;
- un rapport du Dr L._____ du 15 juin 2021, en vue d'une consultation spécialisée sur le syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile auprès du Centre hospitalier S._____ ;
- un rapport du Dr M._____, médecin associé du Service d'immunologie et d'allergie du Centre hospitalier S._____, du 12 juillet 2021, confirmant la participation de l'assurée à un atelier sur le syndrome d'Ehlers-Danlos ;
- un certificat du Dr N._____ du 28 septembre 2021, lequel renvoyait aux diagnostics énumérés dans son rapport du 4 juillet 2019.

Entré en matière sur la requête de l'assurée, l'OAI a requis des rapports auprès de ses médecins traitants. Le Dr R._____, spécialiste en pneumologie, a signalé, le 18 octobre 2021, ne pas être en mesure de se prononcer quant à la capacité de travail de l'assurée. Il fournissait un

tirage des différents rapports établis entre juillet 2012 et octobre 2021, lesquels faisaient essentiellement état d'un syndrome d'hyperventilation et d'une toux irritative, possiblement corrélés à l'état anxiodépressif.

Par rapport du 10 novembre 2021, le Dr B._____ a réitéré les diagnostics de trouble dépressif récurrent sévère avec syndrome somatique (F33.2), de phobie sociale très sévère (F40.1) et de trouble panique avec agoraphobie (F40.01), sans doute présents depuis 2015, respectivement depuis le début de l'âge adulte. Il relevait des troubles de l'humeur (une thymie dépressive, un émoussement affectif, un ralentissement psychomoteur, une diminution du plaisir et un sentiment d'avoir échoué dans la vie), ainsi que des symptômes somatiques (une fatigue constante, une anxiété et une nervosité). La capacité de travail demeurait nulle de longue date.

Dans un rapport du 19 novembre 2021, le Dr P._____, spécialiste en rhumatologie, a fait état de cervicobrachialgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, de lombalgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, d'épicondylalgies bilatérales d'accompagnement, d'omalgies sur arthropathie acromio-claviculaire et tendinopathie du long chef du biceps au décours, ainsi que de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent. Il signalait qu'une capacité de travail médico-théorique de 100 %, avec une diminution de rendement de 20 %, pouvait être attendue dans une activité adaptée, sans port de charges en porte-à-faux avec long bras de levier et sans position immobile prolongée des bras au-dessus de l'horizontale. Les activités de la vie quotidienne demeuraient anamnestiquement conservées. Le spécialiste produisait les rapports établis dans le cas de l'assurée entre mai 2013 et mai 2018.

Le 6 mai 2022, le Dr M._____ a signalé avoir rencontré l'assurée uniquement dans le cadre de l'atelier de juillet 2021 sur le syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile. Il précisait qu'a priori, l'assurée présentait tous les critères pour se voir reconnaître ce diagnostic, mais qu'il n'était pas en mesure de se prononcer sur sa capacité de travail.

Par rapport du 13 mai 2022, le Dr L._____ a posé les diagnostics de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, de lombalgie sur spondylose et discofacettarthrose L4-L5-S1, de cervicalgie de caractère musculaire dysfonctionnelle et cervicodiscarthrose C4-C5-C6-C7 modérée, de céphalées de tension chronique, de douleurs sous-acromiales antérieures bilatérales (plus marquées à l'épaule gauche compte tenu d'un pincement du tendon sus-épineux), de douleurs mécaniques bilatérales des genoux dans le contexte d'une laxité rotulienne avec une chondropathie fémoropatellaire secondaire, de douleurs interphalangiennes proximale et distale diffuses des mains avec sensation de diminution de la force de préhension, ainsi que d'un syndrome dépressif récurrent avec somatisation. Il mentionnait également les diagnostics non incapacitants d'antécédents de vertiges positionnels paroxosystiques bénins, de toux chronique multifactorielle sur reflux gastro-œsophagien et hernie hiatale et de surdité perceptionnelle bilatérale. L'assurée ne travaillait plus depuis 2013 et devait éviter les positions statiques prolongées, les mouvements répétés en flexion/extension du rachis, en rotation ou torsion rapide de la nuque et du dos, le port de charge supérieure à 7 kg, voire 5 kg en cas de répétition, les déplacements répétés et la marche, les activités manuelles impliquant des préhensions en force et en charge, le travail posté ou à la chaîne. Elle nécessitait des pauses de récupération toutes les deux heures, voire toutes les heures. Sa capacité de travail était au maximum de deux heures par jour.

Sollicité pour avis, le SMR a recommandé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire de l'assurée le 1^{er} juillet 2022, dont le mandat a été confié au Centre médical d'expertises F._____ (ci-après : le F._____).

Les Drs H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, G._____, spécialiste en médecine interne générale, et J._____, spécialiste en rhumatologie, ont communiqué leur rapport d'expertise le 30 novembre 2022. Ils ont retenu les diagnostics suivants :

- cervicalgies sans irradiation sur discopathie (M54.2) ;
- gonalgies bilatérales sur chondropathie rotulienne (M22.2) ;
- fibromyalgie (M79.7) ;
- lombalgies sans support anatomique ;
- trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique (F33.01) ;
- troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou hypnotiques, utilisation continue (F13.25) ;
- migraine (G43).

Les limitations fonctionnelles avaient trait, sur le plan rhumatologique, à l'effort de soulèvement de plus de 10 kg à partir du sol, au port de charge supérieure à 15 kg et à la nécessité de périodes de repos régulières avec changements de position. Sur le plan psychiatrique, les limitations fonctionnelles relevaient de la capacité de résistance et d'endurance, diminuée en raison de troubles cognitifs liés à une prise importante de Tranxilium.

Les experts estimaient consensuellement que la capacité de travail de l'assurée était de 100 %, avec une baisse de rendement de 20 % pour des raisons rhumatologiques et psychiatriques. Cette conclusion valait tant dans l'ancienne activité que dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles, ce depuis mai 2018 du point de vue rhumatologique, respectivement juin 2019 du point de vue psychiatrique.

Dans un avis du 20 décembre 2022, le SMR s'est rallié aux conclusions expertales pour retenir une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 20 % dans toutes activités respectant les restrictions fonctionnelles énumérées par les experts.

Par projet de décision du 17 mars 2023, l'OAI a informé l'assurée de son intention de nier le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, compte tenu d'un degré d'invalidité de 20 %.

Au stade de la procédure d'audition, l'assurée s'est prévalu d'un nouveau rapport du Dr B. _____ du 20 avril 2023, lequel réitérait les diagnostics de trouble dépressif récurrent sévère (F33.2) avec syndrome somatique, de phobie sociale sévère (F40.1) et de trouble panique avec agoraphobie (F40.01). Il mentionnait également celui d'un état de stress post-traumatique (F43.1). A cet égard, il soulignait que l'assurée avait fait face à des événements extrêmement traumatiques (arrêt cardiaque de sa fille en 2009, accident de la voie publique de son fils en 2008). Ceux-ci avaient précipité la dépression sévère affectant l'assurée. Sa capacité de travail demeurait nulle. Sa consommation de Tranxilium et son habitude du corps médical avaient possiblement masqué sa symptomatologie liée à la phobie sociale et à l'agoraphobie aux yeux des experts. Elle poursuivait une thérapie d'exposition aux situations et endroits anxiogènes, vu la présence de symptômes depuis de nombreuses années.

Le SMR a maintenu sa position le 31 mai 2023, de sorte que l'OAI a établi une décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité le 1^{er} juin 2023, reprenant les termes du projet de décision contesté. Dite décision est entrée en force, en l'absence de recours de l'assurée.

E. Par une quatrième requête formelle, déposée auprès de l'OAI le 2 mai 2024, Y. _____ a une nouvelle fois sollicité des prestations de l'assurance-invalidité.

Invitée à rendre plausible une modification de son état de santé par correspondance du 23 mars 2024, elle a fait parvenir à l'OAI les documents suivants :

- un rapport du 19 mars 2024 du Dr K. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et réadaptation physique, lequel

avait procédé à une évaluation des capacités fonctionnelles de l'assurée au sein du Centre médical T._____ sur la base des diagnostics de polyarthralgies (déconditionnement physique et troubles statiques), d'un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, d'une fibromyalgie secondaire, d'une sensibilisation centrale, d'un trouble psychique non défini et d'un syndrome de majoration ;

- un rapport du 7 juin 2024 du Dr B._____, retenant les diagnostics de séquelles d'un viol en 1988 (F43.1), de phobie sociale sévère (F40.1), de trouble panique avec agoraphobie (F40.01), de trouble dépressif récurrent, actuellement moyen, avec syndrome somatique (F32.2) et de fibromyalgie secondaire à un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile ; il signalait que l'état psychique de sa patiente avait connu une aggravation notable en présence de troubles psychiques intenses ;
- un rapport du 19 juin 2024 du Dr I._____, nouveau médecin généraliste traitant, lequel reprenait les diagnostics évoqués par ses confrères ; il signalait que l'assurée continuait à souffrir de problèmes chroniques multi-investigués ; le pronostic était réservé.

Par avis du 20 août 2024, le SMR a estimé que l'assuré n'avait fourni aucun élément nouveau justifiant l'entrée en matière sur sa nouvelle demande de prestations.

Par projet de décision du 27 août 2024, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de nier son droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité en l'absence d'aggravation de son état de santé.

L'assurée a contesté ce projet aux termes d'une correspondance du 26 septembre 2024, se prévalant tout particulièrement de l'aggravation de son état psychique. Etaient annexés de nouveaux rapports médicaux, à savoir :

- un rapport du 3 septembre 2024 du Dr B._____, réitérant le diagnostic de séquelles d'un viol subi en 1988 (F43.1) avec aggravation symptomatique depuis janvier 2024 ; un nouveau traitement médicamenteux avait été mis en place, tandis que des séances d'EMDR (réd. : désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires) étaient envisagées ;
- un rapport du 20 octobre 2023 du Dr K._____, relatant une évaluation des performances fonctionnelles de l'assurée.

Par décision du 29 octobre 2024, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité.

F. Y._____, représentée par Me Lionel Ducret, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 2 décembre 2024. Elle a conclu, principalement, à sa réforme et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité ; subsidiairement, elle a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a requis, au titre de mesures d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, contestant essentiellement les conclusions de l'expertise réalisée au sein du F._____ sur la base des rapports établis par ses médecins traitants depuis 2013. Elle a estimé que l'appréciation des experts ne pouvait être suivie et que ses nombreuses limitations fonctionnelles excluaient l'exercice de toute activité, y compris adaptée. Dès lors, un degré d'invalidité de 100 % devait lui être reconnu. Enfin, elle a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire, compte tenu de la précarité de sa situation financière.

La magistrate instructrice a octroyé l'assistance judiciaire à l'assurée par décision du 8 janvier 2025, l'exonérant de frais et d'avances de frais, ainsi que désignant Me Ducret en qualité d'avocat d'office à compter du 2 décembre 2024.

L'OAI a répondu au recours le 23 décembre 2024. Il a relevé que la décision litigieuse aurait dû prononcer un refus d'entrer en matière, sans statuer sur le fond. Il concluait à ce que la décision du 29 octobre 2024 soit réformée dans le sens d'un refus d'entrer en matière.

Par réplique du 19 mars 2025, l'assurée a maintenu ses conclusions et sa requête de mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Le 25 avril 2025, l'OAI a renoncé à se déterminer plus avant.

A la demande du tribunal, Me Ducret a déposé la liste de ses opérations le 4 août 2025.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente d'invalidité, à la suite de sa quatrième demande en ce sens.

3. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) Saisi d'un recours contre une décision rendue par une autorité compétente en matière d'assurances sociales, le juge ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

c) En l'espèce, l'intimé a rendu une décision au fond, prononçant un refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité, le 29 octobre 2024, alors que, selon lui, les éléments produits par la recourante à l'appui de sa nouvelle demande de prestations étaient insuffisants pour entrer en matière sur celle-ci. Il conclut, par conséquent, à ce que la Cour de céans réforme la décision querellée dans le sens d'un refus d'entrer en matière. Compte tenu de l'objet de la contestation, circonscrit par dite décision, il n'est pas envisageable de donner suite favorable à la proposition de l'intimé. Au demeurant, il n'y a pas lieu d'examiner plus avant cette question, au vu de l'issue du litige.

d) On rappellera par ailleurs que la recourante a fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire confiée au F._____ dans le cadre de l'instruction de sa troisième demande de prestations, laquelle s'est soldée

par une décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité du 1^{er} juin 2023. Les conclusions des experts, suivies par le SMR, respectivement l'intimé, ont fondé la détermination d'un degré d'invalidité de 20 %, compte tenu d'une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de 20 % dans toutes activités. Dans la mesure où la décision du 1^{er} juin 2023 est entrée en force faute de procédure de recours initiée par la recourante, il ne saurait être question à ce stade de procéder au réexamen des fondements de cette décision. Les griefs de la recourante en lien avec la valeur probante de l'expertise du F. _____ et le degré d'invalidité de 20 % fixé en son temps par l'intimé sortent de l'objet de la contestation actuelle. Ils peuvent par conséquent être intégralement écartés.

4. 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^{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 postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'espèce, la recourante a déposé sa quatrième demande de prestations le 2 mai 2024, de sorte qu'il y a lieu d'appliquer le nouveau droit.

5. 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).

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

6. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient

à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2022), si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b).

b) A l'occasion d'une procédure fondée sur l'art. 17 LPGA, il convient de déterminer si un changement important des circonstances propre à influencer le droit à la prestation s'est produit. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la précédente décision rendue sur le fond et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3 ; 133 V 545 consid. 6.1 et 133 V 108 consid. 5).

7. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (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 qu'il

a recueillies, 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 de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

8. In casu, il s'agit de déterminer si l'état de santé de la recourante a subi une modification significative, constitutive d'un motif de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, depuis la précédente décision du 1^{er} juin 2023. Il convient donc d'examiner si les rapports médicaux produits à l'appui de sa demande de prestations du 2 mai 2024 font état d'une dégradation sensible de sa situation, en les comparant avec ceux versés à son dossier jusqu'au 1^{er} juin 2023.

9. a) Fondant la décision du 1^{er} juin 2023, le rapport d'expertise du F. _____ du 30 novembre 2022 avait fait état des diagnostics de cervicalgies, de gonalgies bilatérales, de lombalgies, de fibromyalgie et de migraine sur le plan somatique. Du point de vue psychiatrique, étaient retenus un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique, des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou hypnotiques, utilisation continue, compte

tenu de la consommation de fortes doses quotidiennes de Tranxilium par la recourante depuis de nombreuses années.

b) Singulièrement, l'expert psychiatre, le Dr H. _____ avait communiqué ses constats cliniques et son évaluation médicale en ces termes (cf. rapport d'expertise du F. _____ du 30 novembre 2022, Annexe 1, p. 10 ss) :

« [...] Concernant le registre cognitif, il n'y a pas de trouble de l'attention ni de la compréhension. Présence de troubles de la concentration et de la mémoire de faits nouveaux légers. Pas de troubles de la mémoire d'anciens souvenirs. Bien que nous n'ayons pas effectué de tests pour mesurer le quotient intellectuel, cette expertisée présente une intelligence qui correspond à son niveau de formation.

Concernant le registre psychotique, il n'y a pas de troubles formels de la pensée. Pas de réponses à côté. Pas de troubles du langage. Pas de barrages.

Par rapport aux troubles de la perception, il n'y a pas d'hallucinations auditives, visuelles, cénesthésiques ou olfactives. Pas d'idées délirantes de persécution.

Présence d'idées interprétatives non délirantes. Pas d'idées de concernement simples ou délirantes. Pas d'euphorie. Pas de fuite d'idées.

Le comportement n'est ni provocateur, ni manipulateur, ni revendicateur, mais démonstratif, voire théâtral par moments notamment concernant ses douleurs et les réponses qu'elle nous donne et également quand elle réfléchit où elle adopte des attitudes quelque peu infantiles.

Concernant le registre dépressif, il y a une tristesse et une humeur dépressive d'un degré plutôt léger. Pas de signes cliniques parlant en faveur d'un ralentissement psychomoteur. Présence de sentiment d'infériorité et de dévalorisation fluctuante. Présence de sentiment d'inutilité. Pas d'idées de ruine. L'élan vital est relativement conservé. Présence d'idées noires avec scénario précis selon l'expertisée, mais elle n'a jamais fait de tentative de suicide, n'a jamais été hospitalisée dans une clinique psychiatrique. Présence de troubles du sommeil fluctuants selon l'expertisée.

Concernant le registre anxieux, il y a une tension légère fluctuante. Pas de nervosité. Pas d'irritabilité. Pas de crise d'angoisse. Pas de rituel. L'expertisée signale qu'elle ne se sent pas bien quand il y a du monde ou bien dans des espaces fermés et qu'elle supporte mal le bruit, mais il n'y avait pas de signes cliniques en faveur d'une phobie sociale.

Pas de cauchemars. Pas de flashbacks.

Pas d'anorexie. Pas de boulimie.

Concernant les troubles de l'addiction, l'expertisée ne fume pas, pas de consommation d'alcool ni de drogue.

Il n'y a pas de divergence entre les dires de l'expertisée et nos propres constatations.

[...]

6.2 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

Attitude fort démonstrative pendant l'entretien, notamment concernant les douleurs, elle s'est levée à plusieurs reprises, néanmoins, la souffrance n'était pas prédominante et la douleur n'était ni persistante, ni sévère, ni pénible et n'entrave pas la vie quotidienne, motif pour lequel nous n'avons pas retenu le trouble somatoforme.

Nous avons constaté une légère tension nerveuse, mais aucun autre signe neurovégétatif, notamment des attaques de panique ou d'une phobie sociale.

Nous avons de fortes divergences avec les diagnostics retenus par son psychiatre, diagnostics non étayés, et basés surtout sur les dires de l'expertisée.

[...]

Selon notre examen ainsi que selon l'anamnèse, nous ne pouvons pas retenir les diagnostics retenus par le Dr B._____. Ainsi, le Dr B._____ retient un trouble dépressif récurrent sévère en se basant sur les dires de l'expertisée, mais lors de notre entretien, il n'y avait qu'une tristesse et une humeur dépressive qui étaient plutôt légères, et signalons que l'expertisée n'a jamais été hospitalisée dans une clinique psychiatrique. Nous avons retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique, F33.01, qui se manifeste par une tristesse et une humeur dépressive légères, présence de sentiment d'infériorité et tendance à la dévalorisation fluctuante, avec idées noires avec scénario, mais l'expertisée n'est jamais passée à l'acte. Présence de troubles du sommeil selon elle et une tension légère.

Nous ne comprenons pas le diagnostic de phobie sociale qui n'a pas été retenu par les deux experts qui ont examiné cette expertisée et que

le Dr B._____ décrit en se basant sur les dires de l'expertisée, alors que selon les questions pertinentes que nous avons posées à cette expertisée, les critères cliniques selon la CIM-10 ne sont pas remplis. Signalons que pendant l'entretien, avec l'expert principal ainsi qu'un expert en formation, l'expertisée a dit qu'elle était calme et qu'elle n'était pas angoissée, alors qu'elle ne connaissait aucun des deux experts et que la situation d'examen est, par définition, une situation stressante. De plus, elle est capable de prendre les transports publics, de sortir le chien de son fils, d'aller faire des achats.

Concernant le trouble panique avec agoraphobie, nous ne pouvons pas le retenir, car ce diagnostic est basé sur les dires de l'expertisée et selon notre examen et anamnèse, les critères cliniques selon la CIM-10 ne sont pas remplis. Pour rappel, l'expertisée était calme pendant l'entretien, mais elle avait un comportement fort démonstratif, voire théâtral.

Le diagnostic de stress post-traumatique, diagnostic non étayé par son psychiatre, ne peut pas être retenu, car cette expertisée n'a jamais eu la peur imminente de mourir. Les critères de la CIM-10 ne sont donc pas remplis.

Nous sommes étonnés que le psychiatre ne retienne pas le diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou hypnotiques, utilisation continue, F13.25. En effet, cette expertisée prend jusqu'à 4 comprimés de Tranxilium 20 mg et ceci depuis plusieurs années, ce qui pourrait être à l'origine de sa fatigue, sa fatigabilité et surtout des troubles de la

concentration et de la mémoire des faits nouveaux que nous avons observés pendant l'entretien, bien que ceux-ci soient légers. Nous sommes étonnés également que pendant l'évaluation neuropsychologique la prise de benzodiazépines à une dose importante n'ait pas été soulevée.

Il s'agit donc d'une dépendance iatrogénique.

Pas d'autres troubles de l'addiction et selon le questionnaire de la DSM-5, nous constatons qu'il s'agit d'une dépendance iatrogénique, qui est vraisemblablement responsable des troubles cognitifs observés pendant l'examen. L'expertisée n'a pas pu nous dire exactement le nombre de Tranxilium qu'elle prenait par jour, mais étant donné que ce médicament a une demi-vie très longue, nous pouvons considérer qu'il n'y a pas de tolérance ni de craving. Nous avons compris que la dépendance au Tranxilium est devenue depuis qu'elle ne travaille pas. Il n'y a aucune conséquence sur la vie sociale de cette expertisée.

[...]

7.2 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Madame Y. _____ est capable de s'adapter à des règles et à des routines, de planifier et structurer ses tâches. Elle possède de la flexibilité et la capacité de changement, de mobiliser ses compétences et ses connaissances tout en sachant qu'elle n'a pas de diplôme, qu'elle a appris sur le tas. Elle ne pense pas pouvoir travailler bien qu'elle se soit montrée quelque peu ambivalente par rapport à ça, notamment à cause de sa douleur. Elle est apte à prendre des décisions, possède du discernement, est capable d'initiatives et d'activités spontanées. Elle peut s'affirmer, tenir une conversation, établir le contact avec des tiers bien qu'elle dise qu'elle n'aime pas les situations où il y a beaucoup de bruit et beaucoup de monde, mais ceci ne correspond pas aux signes cliniques d'une phobie sociale. Elle est apte à vivre en groupe, mais depuis qu'elle est arrivée en Suisse, elle a surtout vécu entourée de sa famille. Elle peut lier d'étroites relations, elle peut prendre soin d'elle-même et subvenir à ses besoins. Par ailleurs elle habite toute seule. Elle dispose de mobilité et peut se déplacer. En revanche, sa capacité de résistance et d'endurance est légèrement diminuée à cause des troubles cognitifs qui sont liés à la prise importante de Tranxilium. [...] »

c) Du point de vue de la médecine interne générale, le Dr G. _____ avait rapporté un reflux gastro-œsophagien, une toux par hypersensibilité sensorielle et une migraine, relevant que l'assurée était avant sous traitement pour ses multiples douleurs de l'appareil locomoteur et ses problèmes psychiatriques. Les symptômes de médecine interne avaient peu de probabilité de guérison. L'expert notait qu'en dépit du peu de ressources professionnelles et sociales, l'assurée demeurait en mesure de vivre seule de manière indépendante (cf. ibidem, Annexe 2, p. 21).

d) Quant à l'aspect rhumatologique, investigué par le Dr J._____, l'expert avait rédigé son appréciation du cas comme suit (cf. ibidem, Annexe 3, p. 29 et 30) :

« [...] **7.1 Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison**

Madame Y._____ présente un état de fatigue chronique depuis de nombreuses années, associé à des douleurs musculosquelettiques chroniques. Il n'a pas été retrouvé de signes d'hyperlaxité articulaire à l'issue de cette expertise puisque le test de Beighton est à 2/9.

Selon the Ehlers Danlos society, en application des critères diagnostics pour un hypermobile Ehlers-Danlos syndrome, le critère I n'est pas respecté puisque le test de Beighton est à 2/9.

Le critère II, partie A, est à 0/12 (positif à partir de 5/12). Il n'y a en effet aucun signe cutané, pas d'encombrement dentaire ou de palais étroit, pas de nodules piézogéniques, pas d'antécédents de hernie abdominale, pas de arachnodactylie, le rapport envergure sur taille est à 0,91, aucune anomalie cardiaque.

Le critère II, partie B, serait positif avec une suspicion de syndrome d'Ehlers-Danlos chez le fils, diagnostic posé par le même médecin.

Le critère II, partie C, n'est pas respecté puisqu'il n'existe que des [douleurs musculosquelettiques] chroniques. Il n'y a aucune histoire personnelle d'entorse articulaire à répétition ni de dislocation articulaire.

Le critère III n'est pas respecté puisque tous les critères internationaux pour une fibromyalgie sont présents. C'est d'ailleurs un diagnostic différentiel habituel.

On ne retrouve pas les atteintes habituelles du tissu conjonctif du syndrome d'Ehlers-Danlos, pas d'atteinte cutanée à type de vergetures, trouble de la cicatrisation, peau douce et soyeuse, pas de nodule piézogénique. Le diagnostic paraît plus être une fibromyalgie avec une atteinte clinique complète, associée à une asthénie avec troubles de la concentration et de la mémoire.

7.2 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Il s'agit d'une expertisée qui vit seule dans un petit studio et qui arrive à effectuer tous les gestes de la vie quotidienne. Elle conduit, elle est autonome.

Ses ressources internes semblent limitées par l'importance de son asthénie et de sa fatigue, pour lesquelles les médicaments semblent avoir une origine au moins partielle. Les limitations sont uniformes.

Elle bénéficie également de peu de ressources externes. [...] »

10. **a)** A l'appui de sa demande de prestations du 2 mai 2024, la recourante s'est prévalu de deux rapports de son psychiatre traitant, le Dr B._____. Ce dernier a relaté les éléments suivants le 7 juin 2024, pour motiver les diagnostics précédemment évoqués, ainsi que celui de

séquelles d'un viol par un cousin en 1988, mentionné pour la première fois :

« [...] 2. L'évolution de l'état de santé : L'état psychique de Mme Y. _____ connaît des hauts et des bas, mais depuis comme mentionné ci-dessus, l'invitation faite à sa fille par son cousin [...] en janvier cette année, l'état a connu une aggravation notable. La patiente présente actuellement des troubles psychiques intenses ainsi qu'une incapacité à faire face à la situation.

3. Aggravation et limitations fonctionnelles :

3.1. Adaptation aux règles et routines : Dès que le cadre change et que les routines ne sont pas respectées (par exemple, des changements liés à des imprévus ou à une pression forte exercée par des tiers), les angoisses apparaissent et sont difficilement gérables, ce qui peut pousser la patiente à une consommation de médicaments excessive (Tranxilium et Librax).

3.2. Planification et structuration des tâches : L'état d'anxiété limite la capacité à évaluer les tâches et leur ampleur, ce qui peut amener à sous-évaluer voire à nier certains aspects de la réalité, et à ne pas pouvoir anticiper les tâches.

3.3. Flexibilité et capacité d'adaptation : Difficulté à faire face aux imprévus (besoin de contrôle total) et surtout à ne pas les prendre sur elle, ce qui engendre un sentiment de dévalorisation et de perte d'estime de soi et de confiance, pouvant mener à l'épuisement et à des troubles du sommeil.

3.4. Usage des compétences professionnelles : Les compétences professionnelles sont mobilisées de manière adéquate lorsqu'il n'y a pas besoin d'interactions avec autrui, mais elles peuvent être mises en difficulté en cas de rapport de pouvoir ou de force dans les interactions professionnelles, notamment face à des hommes. Incapacité à maintenir une concentration prolongée.

3.5. Capacité de prendre des décisions et d'émettre un jugement : Difficulté à se positionner et à faire des choix ou à exprimer son avis sans que cela provoque de l'angoisse, ce qui peut pousser la patiente dans une forme de retrait, parfois jusqu'au mutisme.

3.6. Capacité d'endurance : La capacité d'endurance de la patiente est limitée par les troubles du sommeil, la fatigue et les angoisses. Elle a besoin de pouvoir dormir l'après-midi pour compenser les nuits agitées.

3.7. Capacité de s'affirmer : Fortement limitée, elle a recours à la consommation abusive de médicaments pour pouvoir s'exprimer et essayer de libérer ses émotions.

3.8. Sens du contact avec des tiers : Très différent en fonction des phases, elle peut avoir besoin de repli et adopter des attitudes d'évitement, ou parfois ressentir le besoin d'être en famille et avec des personnes de son entourage proche.

3.9. Capacité d'évoluer au sein d'un groupe : Quand son rôle est bien défini, les interactions sont plus faciles, sinon [elle] a recours à la consommation de médicaments pour supporter le stress provoqué par le groupe.

3.10. Relations avec ses proches : Elle évite les échanges intimes, s'exprime peu, omet ou minimise ses problèmes, et choisit plutôt des relations qui ne sont pas intrusives ou alors dans de cas extrêmes, elle réagit par la violence verbale pour se protéger des questions possibles par ses proches.

3.11. Activité spontanée : Elle préfère les rituels, tout doit être sous un sentiment de contrôle.

3.12. Hygiène et soins corporels : La patiente présente deux identités, une très soignée et attentive à l'image qu'elle donne d'elle si elle est entourée de personnes proches ; au cas contraire si elle sort de la maison seule et sans être accompagnée elle est souvent habillée d'une manière qui pourrait passer comme « invisible » au monde extérieur, qui frôle le style négligent.

3.13. Capacité de déplacements : Elle peut avoir des symptômes d'agoraphobie, et doit anticiper les lieux et espaces pour ne pas se laisser submerger par l'angoisse.

Le rythme du suivi est d'une à deux consultations par mois. La compliance est très bonne. Je lui ai prescrit récemment du Brintellix 10 mg le matin comme anti déprimeur.

4. Le statut psychiatrique : actuellement, la patiente est très labile, triste et anxieuse.

Présente des peurs de l'avenir. Une fatigue importante est décrite. A des difficultés à se concentrer. Elle rumine beaucoup toutes les circonstances de sa situation. Elle est irascible, sans patience, tolère mal les frustrations. Elle présente des difficultés à s'endormir sans médicament. Absence de symptômes florides de la lignée psychotique. Présente une tendance à abuser de médicaments. Une hospitalisation n'a pas été nécessaire jusqu'à présent.

1. Les répercussions de l'atteinte à la santé sont formées par une lenteur à faire le ménage, les courses, la cuisine, la vaisselle, la lessive.

Actuellement, même dans une activité adaptée, son taux de travail reste celui de zéro heure par jour depuis le 01.01.23, selon mon appréciation.

2. Le traitement actuel est une TPPI [réd. : thérapie psychiatrique et psychothérapeutique intégrée] de soutien d'une à deux séances par mois avec la médication décrite.

Consultations et pronostic :

Mme est suivie régulièrement en consultation psychiatrique.

Les traitements médicamenteux et les thérapies psychologiques ont été ajustés à plusieurs reprises, mais les symptômes persistent et s'aggravent.

Le pronostic reste réservé. Situation à revoir dans deux ans. [...] »

Le Dr B. _____ a maintenu son appréciation le 3 septembre 2024, soulignant une aggravation mesurée à « 30-40 % des symptômes habituels et de la fibromyalgie et de [l']incapacité de travailler ». Il a signalé ne pas être en mesure « de déterminer le taux de présence en % dans une activité adaptée, mais une baisse de 50 % au moins de la capacité dans une activité adaptée » lui paraissait évidente.

b) Quoi que soutienne la recourante, on ne voit pas sérieusement que la situation décrite par le Dr B. _____ soit

sensiblement différente des précédents rapports établis par ce praticien. Ce dernier a systématiquement maintenu les diagnostics de phobie sociale sévère, de trouble panique avec agoraphobie et de trouble dépressif récurrent. Il a également mentionné un état de stress post-traumatique, retenant le code diagnostique F43.1, repris aux termes de son rapport du 7 juin 2024, pour tenir compte des séquelles d'un viol. Or, l'expert du F. _____ a, en son temps, réfuté l'ensemble des diagnostics évoqués par le Dr B. _____, dont celui d'un état de stress post-traumatique, lequel ne constitue donc pas un élément nouveau in casu. Au surplus, les limitations fonctionnelles énoncées par le Dr B. _____ sont mentionnées depuis le début de prise en charge. La situation décrite par le Dr B. _____, globalement superposable à celle relatée depuis 2013, ne permet donc pas de considérer que l'état de santé psychique de la recourante a connu une péjoration significative depuis le 1^{er} juin 2023.

c) Au demeurant, force est de constater que les documents établis par le psychiatre traitant sont empreints de contradictions, notamment dans l'appréciation de la capacité de travail de sa patiente. On relève en effet qu'il considère la capacité de travail nulle dans son rapport du 7 juin 2024, alors qu'il envisage un taux d'activité de 50 % dans une activité adaptée aux termes de sa correspondance du 3 septembre 2024, en dépit de l'allégation d'une aggravation des symptômes. On ne saurait dès lors accorder une quelconque crédibilité aux explications fournies par ce praticien. On rappellera, au surplus, que l'expert psychiatre du F. _____ s'était étonné de l'absence de mention d'une forte consommation d'anxiolytiques. Il a d'ailleurs retenu le diagnostic de troubles mentaux et de troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou hypnotique, ainsi qu'une baisse de rendement corrélée à l'abus durable de Tranxilium.

d) En définitive, les rapports du Dr B. _____ étant largement sujets à caution et décrivant depuis 2013 un tableau clinique stationnaire, il y a lieu d'exclure la réalisation d'un motif de révision, au sens requis par l'art. 17 al. 1 LPGA, depuis la précédente décision au fond sur le plan psychique.

11. a) Du point de vue somatique, singulièrement rhumatologique, la recourante a attesté d'une prise en charge par le Dr K. _____ au sein du Centre médical T. _____. Ce dernier a investigué le cas de la recourante et signalé, dans son rapport du 20 octobre 2023, ne pas être en mesure de « tirer des conclusions et extrapolations ». Il a ultérieurement procédé à une évaluation de ses capacités fonctionnelles, tenant compte de ses plaintes et de ses limitations (cf. rapport du 19 mars 2024).

b) La recourante a par ailleurs fourni un rapport du 19 juin 2024, établi par son nouveau médecin généraliste traitant, le Dr I. _____. Ce dernier s'est prononcé comme suit :

« [...] L'évolution de l'état de santé ?

[...] Son état général connaît des hauts et des bas. Se manifeste avec des douleurs aux articulations, surtout axiales (cervicales très souvent ainsi que lombaires), et périphériques comme [des] douleurs aux membres inférieurs, hanches, genoux et surtout aux chevilles.

Décrit des douleurs aux membres supérieurs comme aux épaules avec limitation des mouvements aux coudes et avant-bras et surtout les mains qui se bloquent.

Après [des] séances de physiothérapie, décrit une amélioration transitoire de ses douleurs, mais de courte durée, et surtout si elle fait des efforts, décrit la récurrence immédiate.

Décrit qu'elle n'arrive pas porter des charges lourdes, des charges de 3-5 kg peuvent lui déclencher les douleurs surtout aux mains, coudes et épaules. Une longue marche déclenche des douleurs surtout aux chevilles récemment. Lorsqu'elle est en position statique, décrit des douleurs surtout lombaires.

[...]

Les limitations fonctionnelles sur le plan strictement médical ?

- Madame Y. _____ ne peut pas porter des charges lourdes supérieures à 5 kg.

- Ne peut pas rester dans une position statique (assise ou debout) plus que 30 min.

- Il faut éviter les situations où elle doit marcher et descendre les escaliers, ainsi que se pencher (antéflexion du tronc) de manière répétitive.

Le nouveau degré d'incapacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée ?

Je n'ai pas prescrit d'arrêt de travail pour Madame Y. _____.

Le pronostic et d'autres renseignements utiles ?

Dans la phase actuelle, la patiente continue de souffrir de problèmes chroniques, notamment de polyarthralgies chroniques, multi-investigés. Pour l'instant le pronostic reste réservé. [...] »

c) On peut d'emblée observer que les éléments rapportés par les Drs K._____ et I._____ s'inscrivent dans le cadre du syndrome douloureux largement investigué par le passé, notamment au sein du F._____. Leurs appréciations reposent au demeurant sur les plaintes de la recourante et ne font pas état de constats objectifs nouveaux depuis l'expertise réalisée par ledit centre. Les rapports des médecins traitants permettent tout au plus de retenir un status globalement superposable à celui décrit précédemment par le Dr J._____ du F._____, confirmant les polyarthralgies alléguées de longue date par la recourante. Au surplus, indépendamment des divergences diagnostiques entre les appréciations des divers praticiens, on constate que les limitations fonctionnelles relatées ont déjà été mises en évidence et prises en compte par l'intimé à l'issue de sa décision du 1^{er} juin 2023.

d) Partant, il convient de conclure que l'état de santé somatique de la recourante ne s'est pas altéré depuis lors dans une mesure qui constituerait un motif de révision conforme aux exigences de l'art. 17 al. 1 LPGA.

12. a) En définitive, en l'absence de réalisation des conditions posées par l'art. 17 al. 1 LPGA, il n'y a pas lieu de remettre en question le degré d'invalidité fixé à 20 % par l'intimé aux termes de la décision du 1^{er} juin 2023. C'est ainsi à bon droit que l'intimé a nié le droit de la recourante à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité par décision du 29 octobre 2024.

b) On ajoutera que la Cour de céans est suffisamment renseignée en l'état du dossier pour trancher la présente cause, de sorte que les mesures d'instruction sollicitée par la recourante (expertise pluridisciplinaire) peuvent être rejetées par appréciation anticipée des preuves (cf. sur cette question : ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d).

13. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision de l'intimé du 29 octobre 2024 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^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

c) En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

d) La recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Lionel Ducret, à compter du 2 décembre 2024 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1, let. c, CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'indemnité due au conseil d'office doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

En l'espèce, selon la liste des opérations communiquée le 4 août 2025, Me Ducret a chiffré à 21 heures et 10 minutes le temps consacré au dossier de la recourante, dont 25 minutes assumées par son avocate-stagiaire, ce qui entre globalement dans le cadre matériel et temporel de son mandat. Compte tenu du tarif horaire de 180 fr. pour un avocat breveté et de 110 fr. pour un avocat-stagiaire (art. 2 al. 1 let. a et b RAJ), il s'agit de retenir un montant de 3'705 fr. pour l'activité déployée

par Me Ducret et de 45 fr. 85 pour celle de son avocate-stagiaire. Il convient d'ajouter des débours à concurrence de 187 fr. 55 et la TVA au taux de 8,1 % à hauteur de 319 francs. Un total de 4'257 fr. 40 couvre ainsi l'ensemble des activités déployées dans la présente cause. Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, dont la subrogation demeure réservée (cf. art. 122 al. 2 in fine CPC applicable sur renvoi).

e) La recourante est rendue attentive au fait qu'elle demeure tenue de rembourser la somme de 4'857 fr. 40 (600 fr. + 4'257 fr. 40), dès qu'elle sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC. Il incombera à la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (cf. art. 5 RAJ) de fixer les modalités de ce remboursement.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 29 octobre 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), sont provisoirement supportés par l'Etat.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Lionel Ducret, conseil d'office de la recourante, est arrêtée à 4'257 fr. 40 (quatre mille deux cent cinquante-sept francs et quarante centimes), débours et TVA compris.
- V.** 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 et de l'indemnité de son conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Lionel Ducret, à Vevey (pour Y. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :