

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 mars 2026

Composition : M. WIEDLER, président
M. Neu et Mme Di Ferro Demierre, juges
Greffière : Mme Chaboudez

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à Q***, recourante, représentée par Me Julien Pache, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

En fait :

A. a) B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, sans formation professionnelle, a travaillé dans le domaine de l'horticulture, puis comme employée d'entretien, ouvrière et femme de chambre. Elle s'est retrouvée en totale incapacité de travail dès janvier 2015 en raison d'une dépression. Elle a déposé 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) par formulaire du 30 décembre 2015, réceptionné le 5 janvier 2016.

L'OAI a recueilli des rapports auprès des médecins traitants de l'assurée. Il en ressort que celle-ci souffrait d'une dépression récurrente sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et d'une cyclothymie (F34.0), qui entraînaient une incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle et de 80 % dans une activité adaptée (rapports des 9 mai 2016, 3 mars 2017 et 27 août 2018 du Dr C. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie). L'assurée présentait également une hépatite B sans répercussion sur la capacité de travail (rapport du 25 février 2016 du Dr G. _____, spécialiste en gastroentérologie), un ulcère duodéal avec une gastrite chronique, un hallux valgus et un kyste arthrosynovial au pied droit (rapport du Dr D. _____ du 27 août 2018), ainsi qu'une anémie, une thrombocytopénie, des troubles rhumatismaux, une gastrite à *Helicobacter pylori* traitée et un herpès labial (rapport du Dr F. _____ du 13 septembre 2018).

A l'initiative du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), une expertise psychiatrique a été mise en œuvre auprès de la Dre J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 21 mai 2018, l'experte a posé les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation, réaction mixte et anxieuse (F43.22) et de probable trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4). Elle a également retenu le diagnostic sans incidence sur la capacité de travail de probable majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). L'experte a estimé que l'assurée avait

retrouvé une capacité de travail de 50 % dès fin mai 2016 et que sa capacité de travail serait totale dans un délai de deux à trois mois, y compris dans l'activité habituelle.

Dans un complément d'expertise du 10 décembre 2018, la Dre J. _____ a indiqué, s'agissant du trouble somatoforme douloureux persistant, que les nombreuses plaintes somatiques de l'assurée ne remplissaient pas les critères jurisprudentiels pour être considérées comme incapacitantes. Elle a par ailleurs précisé que la symptomatologie dépressive et anxieuse de moyenne à faible intensité observée était résiduelle à un trouble dépressif précédemment diagnostiqué comme sévère et que, strictement médicalement parlant, la capacité de travail sur le plan psychiatrique était proche de 100 % en tant que femme de ménage ou dans toute autre activité professionnelle similaire.

Dans un avis du 7 février 2019, le SMR a considéré qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles psychiques actuelles justifiant une diminution de la capacité de travail dans l'activité habituelle et que, même si la symptomatologie anxio-dépressive avait pu être d'une intensité supérieure par le passé, celle-ci correspondait à un trouble de l'adaptation à la suite d'événements stressants qui ne pouvait être considéré comme durablement incapacitant.

Par décision du 19 mars 2019, l'OAI a refusé d'allouer une rente d'invalidité à l'assurée au motif qu'elle ne présentait aucune atteinte incapacitante durable.

b) L'assurée a déposé une deuxième demande de prestations par formulaire réceptionné le 26 mai 2020 par l'OAI. Elle a fait savoir qu'elle avait travaillé comme femme de ménage à 100 % de 2018 jusqu'en septembre 2019 et qu'elle était depuis lors en totale incapacité de travail en raison d'une dépression majeure, de douleurs à l'épaule droite et d'un tunnel carpien gauche.

Dans des rapports des 22 novembre 2019, 11 septembre et 24 novembre 2020, le Dr K._____, médecin praticien, a posé les diagnostics de scapulalgie droite sur lésion de la coiffe des rotateurs, de syndrome du tunnel carpien droit et de syndrome anxiodépressif majeur, lesquels entraînaient une totale incapacité de travail depuis le 2 septembre 2019. Il a précisé que l'état anxiodépressif était récurrent et associé à un trouble de l'adaptation. Il a également mentionné l'existence de l'hépatite B traitée et a fait état de douleurs au genou gauche.

Selon un rapport du 22 juin 2020 de la Dre D._____, l'assurée a présenté des épigastralgies d'origine indéterminée et une lombosciatalgie gauche.

Le bilan cardiologique effectué le 14 septembre 2020 en raison de malaises sans perte de connaissance s'est révélé rassurant (rapport du Dr L._____, spécialiste en cardiologie).

En réponse aux questions de l'OAI du 5 novembre 2020, le Dr G._____ a indiqué qu'il n'y avait pas de diagnostic gastroentérologique ayant une répercussion sur la capacité de travail.

Dans son avis du 21 janvier 2021, le SMR a sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluri-disciplinaire de rhumatologie, psychiatrie, médecine interne et éventuellement de neurologie, selon l'appréciation des experts. Cette expertise a été attribuée à M._____ SA et réalisée par les Drs N._____, spécialiste en rhumatologie, P._____, médecin praticien, et E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 6 août 2021, les experts ont pris les conclusions suivantes :

« 4.2. Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

Douleur de l'épaule droite sur déchirure non transfixiante du tendon du supra épineux et syndrome sous acromial, M75.1

Cervicalgie sans irradiation, M54.2

Agoraphobie, avec attaque de panique. F41.0

Episode dépressif léger, avec syndrome somatique, F32.11

Syndrome du canal carpien droit, G56.0

Lombalgie, avec examen clinique normal, M54.4

Douleur du genou gauche avec examen clinique et radiographique normal, M25.5

Hépatite virale chronique B. depuis l'âge de 20 ans, échographiquement et biologiquement stable, B18

Gastrite chronique à Helicobacter Pylori éradiqué (pas d'anomalie sur la gastroscopie du 3.07.2020, hormis une petite stase gastrique), K29.5

Intolérance au lactose. E73.9

Fibrome utérin de petite taille, sous surveillance échographique semestrielle, D26.9

Micro-adénome du caecum en janvier 2020, D12.6

4.3. Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

La douleur de l'épaule droite avec déchirure non transfixiante du tendon du supra épineux et syndrome sous acromial et la cervicalgie sans irradiation, engendrent des limitations fonctionnelles rhumatologiques : pas d'effort ni de port de charge, bras le long du corps, pour le membre supérieur droit. Pas de mouvement maintenu du membre supérieur droit, au-delà de la ligne des épaules en abduction et en antépulsion.

L'agoraphobie, avec attaque de panique, et l'épisode dépressif léger, avec syndrome somatique, et les difficultés d'adaptation, entraînent des limitations fonctionnelles psychiatriques : travail répétitif, maîtrisé, ne nécessitant pas de prise de décision immédiate ni de traitement simultané d'informations multiples. L'activité habituelle répond aux exigences des limitations fonctionnelles psychiatriques.

[...]

4.7. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

100 % jusqu'en novembre 2014, puis 0 % jusqu'en mai 2016 pour raisons psychiatriques, puis 100 % jusqu'en septembre 2019, puis 0 % pour raisons rhumatologiques.

4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée

100 % jusqu'en novembre 2014, puis 0 % jusqu'en mai 2016 pour raisons psychiatriques, puis 100 %.

La reprise doit être rapidement progressive en atteignant une capacité entière en 3 mois.

4.9. Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)

- L'activité exercée jusqu'ici ne respecte pas les limitations fonctionnelles rhumatologiques, la capacité de travail est nulle depuis septembre 2019.

- La capacité de travail dans toutes activités est nulle du point de vue psychiatrique, depuis le décès de sa mère en novembre 2014, jusqu'en mai 2016, avec un deuil très difficile, l'expertisée manifestant une opposition passive à la reprise d'un travail, ayant une perception très négative de ses propres capacités, décrivant une fatigue, et un champ de pensées envahi par le décès. A partir de mai 2016, la capacité de travail redevient entière, face à l'amélioration de la symptomatologie dépressive. La reprise d'une activité doit être

progressive, d'abord à 50 % pour arriver à 100 % dans un délai de 3 mois, afin de lui permettre de reprendre confiance en ses capacités. »

Dans un avis du 20 août 2021, le SMR a conclu que, dans les suites de la précédente décision AI, la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis septembre 2019, mais que l'assurée bénéficiait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, sans effort ni port de charges supérieures à 5 kg avec le membre supérieur droit, ni travail au-dessus de l'horizontale avec ce membre.

Dans un rapport du 24 septembre 2021, le Dr K._____ a mentionné que l'état psychique de l'assurée s'était aggravé depuis 2019, qu'elle présentait un syndrome anxio-dépressif sévère avec trouble de l'adaptation, ainsi qu'un syndrome sous-acromial de l'épaule droite et une névralgie cervico-brachiale droite.

Dans un rapport du 5 octobre 2021, le Dr BC._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11) et de trouble de la personnalité mixte, à traits histrioniques et dépendants (F61.0).

Dans un avis du 19 novembre 2021, le SMR a estimé que les rapports précités rapportaient des atteintes connues de longue date et stationnaires, sans qu'une aggravation récente n'apparaisse vraisemblable.

Par décision du 24 novembre 2021, l'OAI a refusé d'octroyer à l'assurée des mesures professionnelles ou une rente d'invalidité, au motif qu'elle disposait, depuis septembre 2019, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et qu'elle ne subissait aucun préjudice économique.

Dans un courrier du même jour, faisant partie intégrante de la décision précitée, l'OAI a précisé que l'expertise du M._____ avait pleine valeur probante et que les avis des Drs K._____ et BC._____ ne

contenaient aucun élément susceptible de mettre en doute les conclusions des experts.

c) Par formulaire daté du 26 septembre 2023, réceptionné le 28 septembre 2023, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI. Elle a indiqué qu'elle était en totale incapacité de travail depuis le 1^{er} septembre 2019 en raison d'une atteinte somatique (atteinte aux tendons au niveau des bras, arthrose à l'épaule et cervicale) et psychologique (dépression). Elle avait pu reprendre une activité de femme de ménage depuis le 1^{er} février 2023, d'abord à raison de 10 heures par semaine, puis son taux avait progressé jusqu'à 13 heures par semaine dès octobre 2023. Elle était en arrêt de travail depuis le 12 février 2024 (questionnaire de l'employeur rempli le 8 mars 2024).

Dans un rapport du 29 novembre 2023, le Dr C. _____ a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), de retard mental léger (F70) et de douleur chronique avec facteurs somatiques et psychiques (F45.41). Il a également fait état des diagnostics somatiques d'hépatite B, d'ulcère gastro-duodéal avec gastrite chronique, d'arthrose cervicale, d'hallux valgus et de kyste arthrosynovial au pied droit. Il a constaté que, depuis son dernier rapport du 14 août 2018, les nombreuses difficultés somatiques de l'assurée étaient en train de s'aggraver avec une atteinte et un préjudice de son psychisme. Il a observé chez l'assurée un état permanent de fatigue psychologique, des troubles cognitifs, un niveau intellectuel bas, une humeur triste et anxieuse, une personnalité marquée par une impulsivité, une faible résistance aux frustrations, des difficultés majeures d'adaptation, une incapacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt pour ses activités habituelles, une diminution de l'estime et de la confiance en soi avec dévalorisation, ainsi qu'une instabilité de l'humeur ancienne avec fluctuation dans les deux pôles (dépression et exaltations de l'humeur). Il a estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle en toute activité. Ses limitations étaient des difficultés relationnelles et dans la gestion des émotions, une très faible endurance, des déplacements réduits à cause des douleurs, des troubles du sommeil associés à une fatigabilité augmentée,

des difficultés d'organisation et de planification, une hypersensibilité au stress, des capacités d'attention, de concentration et de mémoire limitées, ainsi que de faibles capacités adaptatives.

Dans un rapport difficilement lisible du 26 février 2024, le Dr K._____ a retenu les diagnostics d'état anxiodépressif avec trouble probable de la personnalité et d'adaptation, de cervico-brachialgie droite et tendinopathie du sus-épineux de l'épaule droite, présents depuis 2019. Il a considéré que la capacité de travail était de 25 % en toute activité depuis le 1^{er} février 2023. Il a transmis les documents suivants :

- un rapport du 9 novembre 2020 du Dr BF._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui estimait difficile de mettre en relation les plaintes de la patiente à l'épaule droite uniquement avec une tendinopathie de la coiffe des rotateurs et qui évoquait une éventuelle fibromyalgie ;
- un rapport du 13 février 2021 du Dr BG._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui posait le diagnostic de lésion transfixiante du tendon supra-épineux droit secondaire à un conflit sous-acromial ;
- le rapport de l'IRM du rachis cervical réalisée le 20 mai 2021, qui a montré des discopathies dégénératives modérées de C4-C5 à C6-C7 avec un petit remaniement graisseux des plateaux vertébraux en C5-C6, un bombement discal circonférentiel modéré de C4-C5 à C6-C7 avec une protrusion discale médiane C4-C5 mais sans conflit disco-radicaire, un petit rétrécissement canalaire C4-C5 et un rétrécissement canalaire modéré C5-C6 et C6-C7 mais sans myélopathie, ainsi qu'un rétrécissement foraminaux bilatéral modéré C5-C6 et C6-C7 ;
- un rapport du 19 octobre 2021 du Dr BJ._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui retenait l'existence de cervico-brachialgies droites et d'une tendinopathie du sus-épineux avec lésion partielle bursale de l'épaule droite ;

- un rapport du 23 novembre 2023 du Dr V._____, médecin-dentiste, qui suivait l'assurée depuis avril 2023 pour une stomatite lichénoïde, principalement localisée dans le territoire gingival (lichen gingival) ;
- le rapport de l'échographie et des radiographies de l'épaule droite réalisées le 22 février 2024, qui ont montré une déchirure superficielle du tiers antérieur de l'enthèse du sus-épineux dont une éventuelle composante transfixiante focale ne pouvait pas être exclue, ainsi qu'une importante bursite sous-acromiale.

Dans un rapport du 24 juin 2024, le Dr C._____ a posé les mêmes diagnostics que dans son précédent rapport. Il a relevé que les nombreuses difficultés somatiques de l'assurée étaient en train de s'aggraver avec une atteinte de son psychisme, qu'elle souffrait en particulier d'hépatite B, d'ulcère gastro-duodéal et gastrite chronique, d'arthrose cervicale, d'hallux valgus, de kyste arthrosynovial du pied droit, de kyste au rein droit avec des infections urinaires à répétition, d'un tunnel carpien étroit dans les deux mains, d'une tendinite chronique à l'épaule droite, de discopathies C4-C5, C5-C6 et C6-C7, avec sténoses foraminales C5-C6 à gauche en conflit avec la racine C6 gauche et C6-C7 bilatérale avec conflit avec les racines C7, ainsi qu'une ostéophytose antérolatérale en C5-C6 et C6-C7. Il a attesté une incapacité de travail de 75 % dès le 1^{er} avril 2023 et a retenu comme limitations fonctionnelles des difficultés relationnelles et dans la gestion des émotions, une très faible endurance, des déplacements réduits à cause des douleurs, des troubles du sommeil associés à une fatigabilité augmentée, des difficultés d'organisation et de planification, une hypersensibilité au stress, des capacités d'attention, de concentration ainsi qu'une mémoire limitées, des capacités adaptatives très limitées, ainsi que des difficultés intellectuelles et une limitation de compréhension.

Dans un avis du 17 juillet 2024, le SMR a estimé que les nouvelles pièces médicales versées au dossier confirmaient l'absence de nouveaux éléments permettant d'objectiver une aggravation et que les rapports médicaux établis par les médecins psychiatre et généraliste étaient quasiment superposables à ceux de la précédente demande. Il était

d'avis que les éléments à disposition rapportaient des atteintes somatiques et psychiatriques connues, stationnaires et sans vraisemblance d'une aggravation récente, de sorte qu'ils ne permettaient pas de modifier les conclusions de l'expertise de 2021 ni celles retenues dans la décision du 24 novembre 2021.

Par projet de décision du 19 juillet 2024, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait refuser de lui allouer des mesures professionnelles ou une rente d'invalidité, au motif qu'il n'y avait aucune modification de son état de santé ayant une incidence sur la capacité de travail retenue dans la précédente décision.

L'assurée a émis des objections à ce projet par courrier du 14 août 2024. Elle a allégué que son état de santé s'était péjoré et qu'il lui était impossible de retourner sur le marché de l'emploi, comme l'indiquait le Dr K._____.

Dans un rapport du 27 septembre 2024, le Dr AA._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu le diagnostic de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec une déchirure profonde du sus-épineux. Il lui semblait nécessaire que la situation médicale de l'assurée soit évaluée et de lui permettre de bénéficier d'éventuelles prestations AI.

Dans un avis du 5 février 2025, le SMR a constaté qu'aucun élément médical nouveau n'était versé au dossier sur le plan somatique et psychiatrique. Il a relevé que le Dr AA._____ rapportait une atteinte connue, ne mentionnait aucun status clinique ni d'éléments critiques et qu'il ne se prononçait pas sur le plan asséculoologique.

Par décision du 7 février 2025, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations de l'assurée, reprenant les termes de son projet de décision.

Par courrier du même jour, faisant partie intégrante de cette décision, l'OAI a estimé que la contestation de l'assurée n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position et que son projet reposait sur une instruction complète sur le plan médical et économique.

B. Par acte du 6 mars 2025, B._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à sa réforme en ce sens qu'elle est mise au bénéfice d'une rente d'invalidité, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction puis nouvelle décision. Elle a fait valoir que ses problèmes somatiques aux bras l'handicapaient dans toute activité et que sa dépression profonde compromettait une reprise d'emploi. Elle a reproché à l'OAI de ne pas avoir consulté ses médecins traitants et de ne pas avoir complété les investigations médicales en considérant ses problèmes de santé dans leur globalité. Elle a produit un rapport du Dr K._____ du 28 septembre 2023, qui reprenait les termes de celui du 24 septembre 2021 en y ajoutant les résultats de l'IRM du 8 février 2021 et qui mentionnait que la patiente restait douloureuse au niveau de l'épaule droite malgré des séances de physiothérapie, rendant difficile le travail en tant que femme de ménage. Par ailleurs, la recourante a sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Dans sa réponse du 25 avril 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a constaté que le contenu du rapport du 28 septembre 2023 était superposable à celui du 24 septembre 2021, lequel avait déjà été discuté par le SMR dans le cadre de la procédure d'audition ayant précédé la décision du 24 novembre 2021.

Par décision du 27 mai 2025, le Juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire à la recourante, en ce sens qu'elle était exonérée d'avances et de frais judiciaires et qu'elle bénéficiait d'un avocat d'office en la personne de Me Julien Pache.

Par réplique du 3 juillet 2025, la recourante, désormais représentée par Me Pache, a conclu à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'une rente AI « complète » lui est accordée dès le 26 septembre 2023, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision. Elle s'est prévaluée du rapport du Dr C. _____ du 29 novembre 2023, qui attestait la présence d'un trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2), associé à un retard mental léger (F70) et à des troubles cognitifs notables, avec une souffrance psychique constante, marquée par une perte d'intérêt, une fatigabilité chronique, une instabilité émotionnelle et une dévalorisation de soi. Elle était d'avis que ce rapport démontrait une aggravation manifeste de son état de santé, tant en termes de sévérité des symptômes que de répercussions fonctionnelles sur sa capacité d'adaptation et de travail puisque, lors de sa précédente demande de prestations, les experts n'avaient retenu qu'une symptomatologie anxieuse et dépressive de légère intensité. Elle a estimé que le rapport du Dr K. _____ du 24 septembre 2021, qui faisait état d'une névralgie cervico-brachiale droite en se référant à une IRM, traduisait une péjoration de son état de santé. Les rapports de ses médecins traitants, qui concluaient à une totale incapacité de travail, devaient selon elle se voir reconnaître une pleine valeur probante alors que le SMR les avait rejetés sans arguments d'ordre médical et sans procéder à une analyse approfondie. Le fait de ne pas avoir instruit le dossier à la lumière de ces rapports médicaux, ni pris en compte leurs conclusions, constituait, selon elle, une violation manifeste du droit d'être entendu ainsi que du devoir d'instruction. Elle a en outre soutenu qu'une éventuelle capacité de travail médico-théorique ne pourrait pas être exploitée sur le marché de l'emploi, au vu de ses multiples limitations fonctionnelles, physiques et psychiques, de son âge, de son faible niveau scolaire, du fait qu'elle ne maîtrisait pas le français, qu'elle n'avait exercé que des activités répétitives et physiques (nettoyage, emballage) et qu'elle n'avait bénéficié d'aucune mesure de réinsertion concrète.

Par duplique du 14 août 2025, l'OAI a maintenu sa position.

En droit :

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

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité à la suite de la nouvelle demande de prestations qu'elle a déposée le 26 septembre 2023.

3. a) 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).

b) 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).

c) 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).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et

rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

4. a) En l'occurrence, la précédente demande de prestations d'invalidité de la recourante a été rejetée par décision du 24 novembre 2021, sur la base de l'expertise pluri-disciplinaire réalisée par le M. _____, qui avait conclu à l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès mai 2016. Les experts ont estimé que la douleur de l'épaule droite, avec une déchirure non transfixiante du tendon du supra épineux et un syndrome sous acromial, ainsi que la cervicalgie sans irradiation présentées par la recourante entraînaient, comme limitations fonctionnelles, l'absence d'effort et de port de charge avec le membre supérieur droit, qui devait rester le long du corps, ainsi que l'absence de mouvement maintenu au-delà de la ligne des épaules en abduction et en antépulsion. Sur le plan psychiatrique, l'assurée souffrait d'agoraphobie, avec attaque de panique, d'un épisode dépressif léger, avec syndrome somatique, et de difficultés d'adaptation en raison desquels elle devait effectuer un travail répétitif, maîtrisé, ne nécessitant pas de prise de décision immédiate ni de traitement simultané d'informations multiples.

b) Dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations, la recourante fait valoir une aggravation de son état de santé, tant sur le plan somatique que psychique, et estime qu'elle n'est plus en mesure de travailler.

Il convient de relever que la violation du droit d'être entendu dont elle se prévaut dans sa réplique constitue en réalité une critique de l'appréciation des preuves à laquelle l'OAI a procédé. Ce grief va par conséquent être examiné en déterminant si les rapports au dossier auraient dû conduire l'intimé à statuer différemment sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée.

aa) Au niveau psychiatrique, la recourante a produit des rapports du Dr C._____ établis les 29 novembre 2023 et 24 juin 2024, dans lesquels ce médecin pose les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), de retard mental léger (F70) et de douleur chronique avec facteurs somatiques et psychiques (F45.41).

Contrairement à ce que soutient la recourante, on ne saurait conclure à une aggravation de son état de santé au motif que le Dr C._____ qualifie son trouble dépressif de sévère alors que, dans l'expertise du M._____, l'expert psychiatre a retenu l'existence d'un épisode dépressif léger. En effet, il sied de rappeler que le Dr C._____ retenait déjà l'existence d'une dépression récurrente sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) dans ses rapports des 9 mai 2016 et 3 mars 2017. En outre, il ne ressort pas de ses nouveaux rapports d'éléments qui établiraient une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis ceux qu'il a précédemment rédigés. Dans son rapport du 9 mai 2016, ce médecin faisait déjà mention, dans ses constats médicaux, d'un état de fatigue psychologique et physique, de troubles cognitifs sous forme d'une perte de mémoire, d'un manque d'attention, de troubles de la concentration, ainsi que de la présence d'angoisses, de pleurs et d'une tristesse permanente. De même, le Dr C._____ avait déjà noté l'existence d'une impulsivité, d'une altération à éprouver du plaisir, d'une perte

d'intérêt pour les activités habituelles, et d'une diminution de l'estime et de la confiance en soi avec dévalorisation. Dans ses différents rapports, il qualifie d'ailleurs d'ancienne l'instabilité de l'humeur présentée par la recourante, avec une fluctuation dans les deux pôles (dépression et exaltations de l'humeur). Le seul constat nouveau fait par le Dr C. _____ dans son rapport du 29 novembre 2023 est la présence d'une faible résistance aux frustrations, élément qui ne saurait suffire à établir une aggravation de l'état de santé de la recourante.

Au niveau des limitations fonctionnelles, le psychiatre traitant faisait déjà état, dans son rapport du 9 mai 2016, d'un état de fatigue chronique, de difficultés relationnelles et dans la gestion des émotions, d'une faible résistance à l'effort continu, de troubles du sommeil sous forme de difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne, de difficultés d'organisation et de planification, d'une faible résistance au stress, de capacités mnésiques, de concentration, d'attention et de compréhension limitées, ainsi que de faibles ressources adaptatives, si bien que les limitations listées dans son rapport du 29 novembre 2023 ne sont pas nouvelles.

De même, les limitations fonctionnelles dont il fait état dans l'annexe de son rapport du 24 juin 2024 sont presque identiques à celles figurant dans le document similaire rempli le 9 mai 2016. Outre les limitations citées ci-dessus, il mentionnait également déjà un apragmatisme, des difficultés liées aux tâches administratives, une hypersensibilité au stress, l'apparition périodique de phases de décompensation, ainsi qu'une capacité d'adaptation limitée, avec de faibles ressources adaptatives. La seule nouvelle limitation (psychiatrique) qu'il retient consiste en des difficultés dans la reconnaissance de la maladie, soit un élément non susceptible de fonder une aggravation.

Le Dr C. _____ retient, de manière nouvelle, les diagnostics de retard mental léger (F70) et de douleur chronique avec facteurs somatiques et psychiques (F45.41). A cet égard, il mentionne comme limitations fonctionnelles, des difficultés intellectuelles, le fait de ne pouvoir effectuer

que des déplacements réduits à cause des douleurs et la présence d'autres troubles fonctionnels liés aux divers troubles somatiques.

S'agissant du retard mental léger, celui-ci est présent depuis une durée indéterminée, comme l'admet le psychiatre traitant, et ne constitue dès lors pas une aggravation de l'état de santé de la recourante.

Quant à la présence de douleurs, celle-ci était connue des experts et le Dr P._____ en a tenu compte dans son appréciation psychiatrique, mais sans retenir un diagnostic de trouble somatoforme, au motif que les aspects anxieux étaient ressentis comme plus importants que les douleurs elles-mêmes (expertise p. 18). En posant le diagnostic de douleur chronique avec facteurs somatiques et psychiques, le Dr C._____ ne fait dès lors que procéder à une appréciation différente d'un état de fait connu.

Dans ses rapports du 29 novembre 2023 et 24 juin 2024, le psychiatre traitant liste en outre plusieurs diagnostics somatiques. Ceux-ci sortent clairement de son domaine de compétence et ses rapports ne peuvent être considérés comme probants sur ces points-là. On peut, quoi qu'il en soit, relever que tous les diagnostics somatiques répertoriés par le psychiatre traitant dans son rapport du 20 juin 2024 étaient connus et documentés dans l'expertise de mai 2021, comme le relève le SMR dans son avis du 17 juillet 2024.

bb) Au niveau somatique, la recourante souffrait déjà de cervico-brachialgies droites ainsi que d'une tendinopathie du sus-épineux de l'épaule droite lors de sa précédente demande de prestations. Ces atteintes ne sont par conséquent pas nouvelles et le Dr K._____ mentionne d'ailleurs qu'elles sont présentes depuis 2019 dans son rapport du 26 février 2024. Les experts du M._____ ont en outre eu connaissance des résultats d'imagerie révélant une lésion du tendon supra-épineux droit secondaire à un conflit sous-acromial, ainsi que du rapport du Dr BF._____ du 9 novembre 2020, qui évoquait une éventuelle fibromyalgie (expertise pp. 26 et 37).

L'échographie et les radiographies de l'épaule droite réalisées le 22 février 2024 ont montré une déchirure superficielle du tiers antérieur de l'enthèse du sus-épineux, dont une éventuelle composante transfixiante focale ne pouvait pas être exclue, ainsi qu'une importante bursite sous-acromiale. Aucun médecin ne fait valoir d'aggravation sur la base de cette nouvelle imagerie et le SMR retient, dans son avis du 17 juillet 2024, que les nouvelles pièces au dossier ne contiennent pas d'éléments nouveaux permettant d'objectiver une aggravation. Il convient à cet égard de rappeler que les experts du M. _____ avaient déjà tenu compte de limitations fonctionnelles en raison de la problématique douloureuse à l'épaule droite.

Dans son rapport du 27 septembre 2024, le Dr AA. _____ fait état d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec une déchirure profonde du sus-épineux. De manière étonnante, le Dr AA. _____ ne fait pas référence à l'imagerie de février 2024. Comme relevé par le SMR dans son avis du 5 février 2025, il faut constater que le Dr AA. _____ ne joint aucun status clinique, n'apporte pas de nouveaux éléments et ne se prononce pas sur le plan assécurologique. Son rapport a par ailleurs été clairement établi en vue de l'octroi de prestations d'invalidité en faveur de la recourante, comme il le mentionne explicitement. Son rapport n'est dès lors pas propre à établir une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la décision du 24 novembre 2021.

Les experts ont en outre pris en compte l'arthrose cervicale mise en évidence par l'IRM du 20 mai 2021, montrant une discopathie C4-C5 à C6-C7 avec un bombement discal sans conflit, ainsi qu'un léger rétrécissement foraminaux bilatéral sans conflit (expertise p. 26).

S'agissant du diagnostic « d'état anxiodépressif avec trouble probable de la personnalité et d'adaptation » posé par le Dr K. _____, force est de constater que celui-ci sort du domaine de compétence du médecin traitant. On peut, quoi qu'il en soit, rappeler que les troubles de l'humeur et d'anxiété de la recourante sont connus de longue date (expertise de la Dre

J._____ du 21 mai 2018 p. 3) et que les diagnostics de trouble de la personnalité et de trouble de l'adaptation ne sont pas nouveaux puisqu'ils avaient été retenus respectivement par le Dr BC._____ (rapport du 5 octobre 2021) et par la Dre J._____ (expertise du 21 mai 2018), mais n'ont ensuite pas été repris par les experts du M._____ (expertise p. 18).

Quant à la stomatite dont souffre l'assurée depuis avril 2023 dans le territoire gingival, il ne s'agit à l'évidence pas d'une atteinte incapacitante et celle-ci a d'ailleurs été traitée à satisfaction par des bains de bouche, comme cela ressort du rapport du Dr V._____ du 23 novembre 2023.

c) Il apparaît ainsi que l'état de santé de la recourante ne présente pas de modification significative depuis l'expertise du M._____, sur la base de laquelle sa précédente demande de prestations a été rejetée.

Contrairement à ce que soutient la recourante, l'OAI s'est adressé à ses médecins traitants pour obtenir des informations lorsqu'il a décidé d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations (compte rendu de la permanence SMR du 25 janvier 2024). L'ensemble des éléments médicaux obtenus a ensuite été analysé par le SMR dans ses avis des 17 juillet 2024 et 5 février 2025. Force est de constater que les rapports recueillis, ainsi que ceux produits par la recourante renseignent suffisamment sur l'état de santé actuel de cette dernière, si bien que l'OAI n'était pas tenu de procéder à des mesures d'instruction complémentaires et qu'il n'a pas violé son devoir d'instruction (art. 43 al. 1 LPGA).

d) Il ressort de ce qui précède qu'il n'y a pas, en l'occurrence, de changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité qui serait survenu depuis la décision du 24 novembre 2021. Il peut par conséquent être renvoyé aux éléments contenus dans cette décision s'agissant de la capacité de travail de la recourante et de sa mise en valeur sur le marché de l'emploi, un nouvel examen de ces questions ne se justifiant pas en l'absence d'éléments nouveaux déterminants.

e) Au vu de ce qui précède, l'OAI était fondé à nier une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis sa décision du 24 novembre 2021 et à rejeter la nouvelle demande de prestations de la recourante.

5. a) Le recours doit par conséquent 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. 1bis 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.

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

d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Julien Pache peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 13 octobre 2025, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 1'366 fr. 40, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), étant précisé que le tarif horaire pour les avocats-stagiaires est de 110 fr. (art. 2 al. 1 let. b RAJ).

La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat 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 (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

**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 7 février 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Julien Pache, conseil d'office de la recourante, est arrêtée à 1'366 fr. 40 (mille trois cent soixante-six francs et quarante centimes), débours et TVA compris.
- VI.** La partie 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 et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Julien Pache, pour B. _____,
- OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE 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 :