

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 26 septembre 2025

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
Mme Brélaz Braillard et M. Tinguely, juges  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.**\_\_\_\_\_, à G.\_\_\_\_\_, recourante, représentée par Procap, Service juridique, à Bienne,

et

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

---

**Art. 6, 7 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI**

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

**A.** Entrée en Suisse en 2004, T.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante [...], née en 1980, divorcée et mère de trois enfants (nés en 2005, 2006 et 2008), est titulaire d'une autorisation de séjour (permis B). Au bénéfice d'une formation de couturière, elle a travaillé de 2008 à 2010 entre 6 et 10 heures par semaine comme femme de ménage et couturière auprès d'O.\_\_\_\_\_.

Le 20 janvier 2022, l'assurée a, par l'intermédiaire du Centre social régional de P.\_\_\_\_\_, complété un formulaire de détection précoce, dans lequel elle a indiqué être en incapacité de travail à 100 % en raison de palpitations, maux de ventre (cause inconnue), anxiété, dépression et fibromyalgie.

Le 8 avril 2022, T.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé).

Dans un rapport du 28 avril 2022, la Dre M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitante, a posé les diagnostics incapacitants de polyinsertionnisme douloureux chronique depuis le 5 octobre 2021, de tendinopathie à l'épaule droite, de trouble anxio-dépressif et de dorsalgies-lombalgies. Cette médecin a estimé que, dans l'activité habituelle, la capacité de travail était nulle à tout le moins depuis le 5 octobre 2021, tandis qu'elle a mentionné ne pas être en mesure de se prononcer sur l'existence d'une éventuelle capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée.

Le 10 mai 2022, l'assurée a répondu à un questionnaire de l'office AI relatif à son statut (part active/part ménagère) ; elle a indiqué que si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 80 % en qualité d'auxiliaire de santé.

Dans un rapport du 13 juillet 2022, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant, a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de trouble de stress post-traumatique, de trouble panique avec agoraphobie et de trouble dépressif d'intensité modérée actuellement et sévère au début; sans répercussion sur la capacité de travail, ce médecin a retenu un trouble à symptomatologie somatique d'intensité grave et chronique. Ayant attesté une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle depuis le 25 février 2021, date du début de la prise en charge, il a également considéré que la capacité de travail était nulle dans une activité adaptée.

A la demande du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), l'office AI a adressé une série de questions complémentaires à la Dre M.\_\_\_\_\_, auxquelles cette médecin a répondu dans un rapport du 23 janvier 2023. Elle y posait les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de polyinsertionnisme, de trouble anxieux et dépressif mixte, modéré à sévère, et de lombosciatalgies bilatérales. Elle a indiqué que, depuis le mois de mai 2022, l'état de santé de sa patiente s'était péjoré, se caractérisant par diverses doléances physiques (palpitations, troubles digestifs, douleurs chroniques généralisées) sur fond de trouble anxieux et dépressif mixte. La capacité de travail demeurait nulle en toute activité. Outre divers documents, la Dre M.\_\_\_\_\_ a annexé à son envoi un rapport rédigé le 29 juin 2022 par ses soins à l'attention du Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale.

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> juin 2023, le Dr R.\_\_\_\_\_ a exposé que l'assurée présentait, depuis une dizaine d'années, des douleurs polyarticulaires (mains, poignets et épicondyles, genoux, épaules) et cervico-dorsolombaires. Aussi a-t-il posé le diagnostic - avec effet sur la capacité de travail - de douleurs poly et périarticulaires et rachidiennes sur probable syndrome douloureux chronique fibromyalgique sans atteinte inflammatoire. D'après ce médecin, l'assurée disposait d'une capacité de travail de 6,5 heures par jour (pour une journée de travail de 8,5 heures) dans son activité habituelle, alors que dite capacité était

entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de positions assise ou debout prolongées, ni de ports de charges en porte-à-faux avec long bras de levier.

Appelé à se prononcer sur les renseignements médicaux recueillis, le SMR a conclu son avis médical du 4 juillet 2023 en ces termes :

« (...)

**Conclusion :**

Nous sommes face à diverses atteintes somatiques et psychiatriques imbriquées prenant naissance dans un vécu de maltraitance conjugale et une séparation conflictuelle. En l'état, il reste difficile de dater précisément le début de l'incapacité de travail (actuellement attestée depuis le début du suivi psychiatrique en février 2021 réalisé tardivement au regard de la description des troubles), de pouvoir l'estimer, (taux et évolution chronologique), ainsi que d'évaluer la pertinence de la prise en charge, le pronostic (assurée encore jeune) tout en tenant compte des nombreux facteurs contextuels.

Dans ce contexte, nous proposons de poursuivre l'instruction par une

**expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique**, nous laissons les experts décider de la pertinence d'y ajouter un autre volet ».

Pour ce faire, l'office AI a confié au Centre d'expertises H.\_\_\_\_\_ Sàrl à U.\_\_\_\_\_ la réalisation d'une expertise comportant un volet rhumatologique (Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie) et un volet psychiatrique (Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie). Dans leur rapport du 6 novembre 2023, les experts ont posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail -, au plan rhumatologique, de fibromyalgie, de discopathie cervico-arthrosique stabilisée et de pieds plats non incapacitants, tandis qu'ils ont exclu tout diagnostic incapacitant au plan psychiatrique. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu des troubles anxieux et dépressifs mixtes, une agoraphobie avec des troubles paniques en rémission ainsi que des troubles somatoformes indifférenciés. Sur le plan psychiatrique, les experts ont estimé que la capacité de travail était entière en toute

activité en l'absence de limitations fonctionnelles de ce registre ; du point de vue rhumatologique, afin de tenir compte d'une diminution de rendement de 20 %, la capacité de travail était de 80 % dans l'activité habituelle, ainsi que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : « éviter de porter des charges de plus de 5/10 kilos », « alterner les positions assis ou debout » et « éviter de surcharger le rachis ».

A réception du rapport d'expertise du 6 novembre 2023, le SMR a constaté qu'il n'était pas en mesure d'en valider les conclusions (avis médical du 14 novembre 2023). Aussi a-t-il demandé aux Drs W. \_\_\_\_\_ et A. \_\_\_\_\_ d'étayer leur appréciation, ce que ceux-ci ont fait dans un complément d'expertise du 16 janvier 2024. Aussi bien sur le plan rhumatologique que sur le plan psychiatrique, ces médecins ont déclaré confirmer leurs conclusions précédentes, en ce sens que la capacité de travail de l'assurée était de 80 % depuis le début de l'année 2021 dans une activité adaptée à son état de santé somatique.

Sollicité pour avis, le SMR a retenu que l'assurée souffrait principalement d'une fibromyalgie. Tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées (éviter de porter des charges excédant 5 à 10 kilos, alterner les positions assise et debout et éviter de surcharger le rachis), la capacité de travail exigible était de 80 % (rapport d'examen du 8 février 2024).

Dans un rapport d'évaluation économique sur le ménage du 22 août 2024, l'évaluatrice a conclu à un statut de personne active à 80 %, les 20 % restants étant consacrés aux tâches ménagères. Compte tenu d'une capacité de travail de 80 %, le taux d'invalidité pour la part active s'élevait à 16 % (80 % x 20 %). Quant aux tâches ménagères, l'enquêtrice a estimé que, au vu des limitations fonctionnelles présentées, l'assurée pouvait les accomplir « tranquillement, à son rythme, sans notion de stress ou de rendement, de manière fractionnée sur la semaine ». Il n'y avait donc pas d'empêchement à ce titre.

Par projet de décision du 12 novembre 2024, l'office AI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui refuser le droit à des prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles et rente), au motif que le taux d'invalidité de 16 % était inférieur au seuil légal ouvrant droit à ces prestations.

Agissant au nom de sa patiente, la Dre M.\_\_\_\_\_, a, le 19 novembre 2024, exprimé son désaccord à l'encontre du projet de décision précité. Cette médecin s'étonnait que l'office AI ait pu lui reconnaître une capacité de travail de 80 %, alors que son état de santé ne s'était aucunement amélioré. En effet, le suivi médical s'était plutôt intensifié en ce sens que l'intéressée faisait l'objet, d'une part, d'un soutien psychologique depuis 2020 assuré par C.\_\_\_\_\_, psychologue-psychothérapeute FSP, et, d'autre part, d'une prise en charge au Centre d'antalgie de l'Hôpital S.\_\_\_\_\_ (Dre Z.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique) depuis le milieu de l'année 2024. Par ailleurs, la Dre M.\_\_\_\_\_ a expliqué avoir envoyé, le 18 septembre 2023, un rapport médical aux Drs W.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ pour les aider dans la compréhension du cas de sa patiente. Aucun d'entre eux ne lui avait répondu. Elle demandait par conséquent à l'office AI de réexaminer la situation médicale de l'assurée à la lumière des éléments exposés.

Dans un rapport du 26 novembre 2024 à l'intention de l'office AI, C.\_\_\_\_\_ a exposé en quoi la symptomatologie de l'assurée correspondait, selon elle, aux critères diagnostics d'un trouble de stress post-traumatique. En raison d'une fragilité psychique importante à laquelle étaient associés divers troubles, sa patiente était désinsérée professionnellement et présentait une incapacité totale de travail, attestée depuis 2021 par le Dr N.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 13 juillet 2022. L'état de santé de l'intéressée avait également eu pour conséquence une interruption, dès 2021, des mesures de réinsertion et de sociabilisation proposées par les services sociaux. C'est pourquoi, la capacité de travail en milieu protégé n'avait pas pu être évaluée.

Le 22 novembre 2024, la Dre M. \_\_\_\_\_ a transmis à l'office AI un rapport établi le 21 novembre 2024 par la Dre Z. \_\_\_\_\_, faisant suite à une consultation du 31 juillet 2024 motivée par des douleurs généralisées, des douleurs abdominales et des dorsalgies. Après avoir posé les diagnostics de douleur musculosquelettique primaire chronique et de douleur viscérale primitive chronique, cette médecin a rendu compte de l'examen clinique pratiqué par ses soins et discuté à l'attention de sa consœur les options thérapeutiques envisageables.

Aux termes d'un avis médical du 9 janvier 2025, le SMR a indiqué que les documents médicaux produits en procédure d'audition ne contenaient aucun élément attestant une modification de l'état de santé, si bien que ses précédentes conclusions demeuraient valables.

Par décision du 24 février 2025, l'office AI a entériné son refus de prester, conformément à son projet de décision du 12 novembre 2024. Une lettre d'accompagnement datée du même jour prenait position sur les objections formulées.

**B.**           **a)** Représentée par le Service juridique de Procap, T. \_\_\_\_\_ a, par acte du 27 mars 2025, recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 24 février 2025 en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi du dossier à l'office AI pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants. L'assurée a reproché à l'office AI d'avoir constaté de manière inexacte et incomplète les faits médicaux fondant la décision attaquée. En effet, dans son rapport du 21 novembre 2024, la Dre Z. \_\_\_\_\_ avait posé les diagnostics - nouveaux - de douleur musculosquelettique primaire chronique et de douleur viscérale primitive chronique, à l'origine d'une aggravation de l'état de santé. En dépit du fait que ces pathologies ne figuraient pas dans le rapport d'expertise du Centre d'expertises H. \_\_\_\_\_ Sàrl du 6 novembre 2023, le SMR a estimé qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux nouveaux susceptibles de modifier ses conclusions médicales. Or l'office AI se devait d'examiner si ces affections, diagnostiquées après l'expertise du Centre d'expertises

H.\_\_\_\_\_ Sàrl mais avant le prononcé de la décision litigieuse, étaient de nature à affecter la capacité de travail de l'assurée. Il convenait par conséquent de renvoyer le dossier à l'office AI afin qu'il en complète l'instruction.

**b)** Dans sa réponse du 17 avril 2025, l'office AI a indiqué qu'en l'état du dossier, il n'avait aucun motif de revenir sur le résultat de l'instruction médicale, renvoyant sur ce point plus particulièrement à l'avis médical établi par le SMR le 9 janvier 2025. Il a conclu au rejet du recours.

**c)** Par réplique du 5 mai 2025, l'assurée a relevé que la réponse de l'office AI ne répondait pas aux arguments soulevés dans son mémoire de recours, si bien qu'elle ne pouvait qu'en réitérer les conclusions. Elle a joint à son pli la liste des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure.

**d)** Par décision du 9 mai 2025, la Juge instructrice a accordé à T.\_\_\_\_\_ le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 27 mars 2025. Elle était exonérée du paiement d'avances et de frais judiciaires, ainsi que de toute franchise mensuelle.

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

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

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre

2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

**3. a)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

**b)** En l'occurrence, la décision litigieuse, rendue le 24 février 2025, fait suite à une demande de prestations déposée en avril 2022. La naissance du droit éventuel à une rente ne peut intervenir que six mois après le dépôt de la demande (cf. art. 29 al. 1 LAI), soit le 1<sup>er</sup> octobre 2022, si bien qu'il convient d'appliquer le droit en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

**4. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution

résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

**c)** Conformément à l'art. 28a al. 1, première phrase, LAI, l'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA.

L'art. 28b LAI dispose que la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1), un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 % donnant droit à une quotité de rente correspondant au taux d'invalidité (al. 2), un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 % donnant droit à une rente entière (al. 3), tandis qu'un taux d'invalidité compris entre 40 et 49 % donne droit à une rente de 25 % à 47,5 % (al. 4 ; chaque point d'invalidité supplémentaire augmentant la quotité de la rente de 2,5 %).

**5. a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles

activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

**6. a) aa)** En l'occurrence, la recourante a fait l'objet d'examens sur les plans rhumatologique et psychiatrique auprès du Centre d'expertises H.\_\_\_\_\_ Sàrl, dont les conclusions ont été reprises par le SMR et suivies par l'office AI pour rendre la décision litigieuse. Aux termes de celle-ci, la recourante disposait, malgré les atteintes à la santé qu'elle présentait, d'une capacité de travail, de 80 % dans une activité adaptée, soit évitant le port de charges de plus de 5 à 10 kg et la surcharge du rachis et autorisant l'alternance des positions assise et debout.

**bb)** La recourante conteste les conclusions de l'expertise du Centre d'expertises H.\_\_\_\_\_ Sàrl et soutient que l'instruction menée par l'office AI n'est pas complète. Elle considère que l'intimé a omis d'examiner si les diagnostics de douleur musculosquelettique primaire chronique et de douleur viscérale primitive chronique posés dans le rapport du 21 novembre 2024 de la Dre Z.\_\_\_\_\_ de l'Hôpital S.\_\_\_\_\_ à la suite de l'expertise du Centre d'expertises H.\_\_\_\_\_ Sàrl et antérieurement à la décision attaquée, ont une incidence sur sa capacité de travail.

**b)** Tel que complété le 16 janvier 2024, le rapport d'expertise du 6 novembre 2023 remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Tant sur les plans rhumatologique que psychiatrique, l'expertise est fondée sur des examens cliniques complets. Reposant sur une anamnèse circonstanciée (personnelle, familiale, socioprofessionnelle), elle a été établie en pleine connaissance du dossier médical et assécurologique mis à disposition. Les experts se sont en particulier exprimés sur les rapports des autres médecins ayant examiné la recourante, exposant le cas échéant pour quelles raisons ils s'écartaient de leur point de vue. En outre, les plaintes de la recourante ont été prises en considération. Par ailleurs, les experts ont discuté les options thérapeutiques envisageables, évalué la cohérence et l'authenticité de même qu'ils ont examiné la personnalité, les ressources et les difficultés de la recourante, y compris dans le cadre de l'accomplissement des tâches ménagères. L'appréciation de la situation médicale est claire et débouche sur des conclusions soigneusement motivées.

**aa)** Sur le plan rhumatologique, l'examen clinique pratiqué par le Dr W.\_\_\_\_\_ s'est avéré normal, hormis la présence d'un syndrome de dysbalance musculaire associé à un déconditionnement global. Ce médecin a ainsi constaté que l'assurée était restée assise 40 minutes dans une position confortable, sans demander à se lever ou à changer de position ; elle s'est par ailleurs déplacée de manière fluide de la salle

d'attente au cabinet d'examens, de même qu'elle était autonome dans les gestes du déshabillage et de l'habillage. Au status rhumatologique, la marche était fluide et aisée ; la mobilité spontanée s'effectuait sans boiterie ni steppage, alors que les bras n'étaient tenus tendus à l'horizontale que quelques secondes. S'agissant de la colonne cervico-dorsale, l'expert a constaté que son aspect était normal, sans attitude antalgique ou déformante ; la distance menton-sternum est passée de 0 à 32 cm ; les latéroflexions étaient à 45° et les rotations à 85° ; la palpation était indolore. S'agissant de la colonne lombaire, le Dr W.\_\_\_\_\_ a noté un abdomen pléthorique avec une perte de la musculature abdominale pelvienne ; la distance mains-sol était nulle ; la mesure au test de Schober était de 10 à 15 cm ; les latéroflexions étaient à 40° et les rotations à 70° ; l'épreuve talons-pointe des pieds s'est faite sans difficultés ; le flapping-test était négatif ; la manœuvre de Lasègue était supérieure à 90° des deux côtés ; les réflexes étaient faibles, mais symétriques et bilatéraux ; la palpation était insensible. Quant à l'examen neurologique, il s'est révélé normal ; il n'y avait pas de syndrome pyramidal ou extrapyramidal ; il n'y avait pas non plus de signe de Babinski ni de déficit distal ou proximal ; les réflexes étaient présents et symétriques aux quatre membres ; les paires crâniennes étaient normales et il n'y avait pas de nystagmus ou d'ataxie. Les tests pratiqués ont mis en évidence l'existence d'une fibromyalgie, si bien que le Dr W.\_\_\_\_\_ a retenu ce diagnostic ainsi que celui de discopathie cervico-arthrosique stabilisée et celui - non incapacitant - de pieds plats.

**bb)** Du point de vue psychiatrique, le Dr A.\_\_\_\_\_ a exclu tout diagnostic incapacitant, tandis qu'il a retenu - sans effet sur la capacité de travail - des troubles anxieux et dépressifs mixtes, une agoraphobie avec des troubles paniques en rémission ainsi que des troubles somatoformes indifférenciés. L'examen clinique n'a pas mis en évidence de ralentissement psychomoteur en-dehors du début de l'entretien, ni de tristesse durable ; il n'y avait pas de trouble de la concentration, de l'attention, ni de trouble significatif de la mémoire en-dehors de la difficulté de se rappeler certaines dates précises. En revanche, l'expert a retrouvé des symptômes anxieux et dépressifs

évoluant depuis de nombreuses années, lesquels n'ont toutefois conduit à aucune hospitalisation en psychiatrie, ni à aucune consultation en urgence en milieu psychiatrique, mais uniquement à des consultations en hôpital général motivées par des craintes en lien avec des palpitations cardiaques. Le Dr A.\_\_\_\_\_ estimait que les plaintes somatiques rapportées faisaient partie intégrante du tableau de troubles anxieux et dépressifs. Au demeurant, ces troubles n'avaient pas une intensité suffisante pour entraîner une incapacité à faire face aux tâches élémentaires de la vie quotidienne, à se déplacer ou à s'occuper des enfants.

En 2020, l'assurée a présenté des attaques de panique ayant fait l'objet d'investigations, en particulier cardiologiques, pour les palpitations anxiogènes évoquées par la recourante. Celle-ci a également présenté des symptômes agoraphobiques, craignant de rester seule et que quelque chose de fâcheux ne lui arrive sans que personne ne soit à ses côtés ; c'est pourquoi, elle avait pris l'habitude d'appeler de nombreuses personnes pour être rassurée. Ces symptômes se sont cependant amendés et il n'y avait pas, au jour de l'examen, d'éléments agoraphobiques majeurs, l'assurée étant capable de faire ses courses dans des grandes surfaces et de prendre les transports publics.

S'agissant du diagnostic d'état de stress post-traumatique, l'examen clinique n'a pas mis en évidence de plaintes concernant des cauchemars ou des flash-backs. Selon la recourante, ces angoisses survenaient toutes seules, alors qu'auparavant, elles apparaissaient au moment où elle pensait à l'avenir de ses enfants ; il n'y avait toutefois pas de souvenir intrusif en lien avec des maltraitances passées, susceptibles de déclencher ces attaques de panique ; aucun comportement d'évitement n'était retrouvé, que cela soit dans les plaintes, la description des journées ou le cours des activités habituelles.

Quant aux troubles somatoformes, ils concernaient les troubles digestifs et les douleurs à la poitrine ; ce trouble n'était toutefois pas incapacitant, du fait qu'il ne revêtait pas le caractère insistant et

dramatique d'une somatisation, que les plaintes étaient relativement peu nombreuses et qu'il n'y avait pas d'altération des relations interpersonnelles, en particulier familiales.

**cc)** D'un point de vue consensuel, les Drs W.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ ont retenu, sur le plan psychiatrique, que la capacité de travail était entière en toute activité en l'absence de limitations fonctionnelles de ce registre ; du point de vue rhumatologique, afin de tenir compte d'une diminution de rendement de 20 %, la capacité de travail était de 80 % dans l'activité habituelle, ainsi que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : « éviter de porter des charges de plus de 5/10 kilos », « alterner les positions assis ou debout » et « éviter de surcharger le rachis ». Les experts ont maintenu leur appréciation dans leur rapport complémentaire du 16 janvier 2024.

**c)** Aucune pièce médicale ne justifie de s'écarter des conclusions de l'expertise bidisciplinaire du Centre d'expertises H.\_\_\_\_\_ Sàrl. Dans ce contexte, le rapport - succinct - établi par la Dre Z.\_\_\_\_\_ le 21 novembre 2024 ne permet pas de retenir la thèse d'une incapacité totale de travailler en toute activité. Outre que cette médecin ne discute à aucun moment du contenu de l'expertise du Centre d'expertises H.\_\_\_\_\_ Sàrl, elle ne fait pas état d'éléments qui n'auraient pas été pris en compte par les experts ou qui justifieraient de plus amples restrictions dans l'exercice d'une activité adaptée. La consultation auprès de la Dre Z.\_\_\_\_\_ avait une visée antalgique avec des propositions thérapeutiques.

**aa)** En l'occurrence, il ressort du dossier médical que l'importance de la symptomatologie douloureuse résulte pour l'essentiel des seules plaintes subjectives exprimées par la requérante. Or, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de

douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 ; TF 8C\_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 4.4).

**bb)** S'agissant des douleurs abdominales, la Dre Z.\_\_\_\_\_ fait état de douleurs abdominales depuis environ 2020 avec des brûlures à l'estomac et une constipation chronique, constat posé par la Dre M.\_\_\_\_\_, qui a mentionné que sa patiente souffrait depuis longtemps de manière durable et fluctuante de douleurs chroniques généralisées, de constipation et de douleurs abdominales (rapport du 18 septembre 2023). Cette praticienne a évoqué des symptômes neurovégétatifs sans maladie organique dans un contexte d'anxiété grandissante (rapport du 29 juin 2022). Enfin, dans leur complément du 16 janvier 2024 (p. 2), les experts ont expliqué que le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié se rapportait à la sphère digestive, dès lors que le lien direct entre les plaintes digestives avec les attaques de panique n'était pas aussi clair. Ce trouble n'avait pas de caractère incapacitant (cf. rapport d'expertise du 6 novembre 2023, p. 44).

**cc)** S'agissant de la douleur musculosquelettique, la Dre Z.\_\_\_\_\_ a rapporté les plaintes de l'assurée, à savoir des douleurs thoraco-lombaires et des épaules (notamment des trapèzes), ainsi que des douleurs diffuses touchant en particulier la ceinture scapulaire et les membres inférieurs. Il convient de rappeler que l'expert rhumatologue a fait état d'un status rassurant, mais a évoqué un syndrome de dysbalance musculaire avec un déconditionnement global. Il a confirmé le diagnostic de fibromyalgie et l'évaluation de la capacité de travail de 80 % par le Dr R.\_\_\_\_\_, soit une baisse de rendement de 20 % en raison de la fatigue et des douleurs.

**d)** Sur le vu de ce qui précède, il convient de retenir que la recourante dispose d'une capacité de travail de 80 % (100 % avec une baisse de rendement de 20 %) dans son activité habituelle ainsi que dans

toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles rhumatologiques. En définitive, le taux d'invalidité pour la part active s'élève à 16 % (80 % x 20 %), alors qu'il n'y a pas d'empêchement dans la part ménagère, ce qui n'est pas contesté. Le taux d'invalidité de 16 % s'avère toutefois insuffisant pour ouvrir droit à des prestations légales.

**7.** Par conséquent, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**8. a)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La partie recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**b)** 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).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 24 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 mis à la charge de T. \_\_\_\_\_ et provisoirement supportés par l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- 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 mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Procap, Service juridique (pour T. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,

- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :