

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 juin 2026

Composition : M. TINGUELY, président
Mmes Di Ferro Demierre et Berberat, juges
Greffière : Mme Huser

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à Q***, recourante,

et

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

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

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante du S*** née en ***, vit depuis 1999 en Suisse. Mariée et mère de cinq enfants nés entre 1989 et 1999, elle a travaillé, depuis 2006, comme employée de nettoyage à 40% auprès d'E._____ SA.

Le 29 août 2011, l'assurée 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), en raison d'arthrose, d'une fibromyalgie, ainsi que d'une dépression. Elle se trouvait en incapacité de travail à 100% depuis le 19 janvier 2011.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli les avis des médecins qui suivaient l'assurée, en particulier celui du Dr D._____, spécialiste en rhumatologie, qui a, dans un rapport du 28 avril 2011, posé les diagnostics de fibromyalgie, d'arthrose nodulaire des doigts et d'hyperlipidémie mixte traitée, et celui du Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a indiqué, dans un rapport du 3 octobre 2011, que l'assuré souffrait d'un trouble dépressif sans précision depuis 2007 et d'un trouble somatoforme douloureux depuis plusieurs années.

Le 25 novembre 2011, H._____, assureur perte de gain de l'employeur de l'assurée, a transmis à l'OAI un rapport d'expertise du 9 septembre 2011 du Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dans lequel celui-ci a retenu les diagnostics de trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive, actuellement subclinique à léger, en lien avec la découverte, en janvier 2011, d'une leucémie chez sa fille alors âgée de 17 ans, et de probable trouble somatoforme indifférencié de gravité légère, en raison d'un tableau polyalgique. Selon l'expert, la capacité de travail de l'assurée était de 100% tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée dès le 15 août 2011, date de l'entretien, avec un bon pronostic.

A la demande de l'OAI, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-traitant de l'assurée, a également fourni un rapport le 18 décembre 2011, dans lequel il mentionnait les diagnostics de fibromyalgie, d'arthrose nodulaire des doigts, de probable polyarthrose, de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive, ainsi que de trouble somatoforme indifférencié et estimait la capacité de travail nulle dans toute activité depuis le 19 janvier 2011.

Dans un avis du 9 février 2012, le Service médical régional de l'AI (SMR) a retenu une incapacité de travail totale du 19 janvier au 31 juillet 2011. A partir du 1^{er} août 2011, l'assurée avait retrouvé une capacité de travail entière dans toute activité.

Par décision du 1^{er} octobre 2012, confirmant un projet du 7 août 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée.

B. Le 10 juillet 2015, l'assurée a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI.

Pour appuyer la demande de l'assurée, le Dr K._____, spécialiste en rhumatologie, a adressé un rapport à l'OAI le 23 juillet 2015, dans lequel celui-ci a retenu les diagnostics de polyarthrose avec gonarthrose tibio-fémorale interne et poussées fluxionnaires, arthrose digitale débutante, discarthrose cervicale et lombaire, d'une part, et de maladie de L._____ avec spondylose hyperostotante au niveau dorsal à droite et de syndrome de fibromyalgie, d'autre part. Il mentionnait que la situation s'était aggravée depuis une année en raison de poussées articulaires touchant le genou droit, les poignets et les mains et concluait à une incapacité de travail de l'assurée de 70% dans sa dernière activité pour une durée indéterminée, avec un pronostic défavorable.

Dans un avis du 14 janvier 2016, le SMR a indiqué qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux objectifs suffisants pour rendre plausible une aggravation significative et durable de l'état de santé de l'assurée.

Par décision du 29 février 2016 confirmant un projet du 19 janvier 2016, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assurée.

C. Le 20 octobre 2017, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI.

A la demande de l'OAI, le Dr K. _____ lui a fait parvenir un rapport du 20 novembre 2017, par lequel ce spécialiste a précisé que la situation de l'assurée ne s'était pas améliorée et que celle-ci souffrait d'une polyarthrose touchant les mains, les poignets, les pieds et le rachis. Elle présentait en outre un hallux rigidus et des poussées inflammatoires aux genoux. Le médecin précité estimait l'incapacité de travail à 80% dans la dernière activité exercée et ce, pour une durée indéterminée.

Par avis du 29 novembre 2017, le SMR a proposé d'entrer en matière sur la demande de l'assurée.

Dans un rapport du 27 janvier 2018, le Dr K. _____ a retenu le diagnostic de polyarthrose sévère avec des poussées inflammatoires aux mains, aux poignets et aux genoux. Il concluait à une capacité de travail de 20% dans la dernière activité exercée. Il a joint à son rapport les résultats d'une IRM du rachis lombaire et cervical réalisée le 12 juillet 2017, faisant état de l'absence de canal étroit osseux lombaire ou cervical et de discrets troubles dégénératifs avec ostéophytose de L2 à L5 et en C4-C5.

Au terme d'un avis du 14 février 2018, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'un examen ou d'une expertise rhumatologique.

L'assurée a été examinée le 23 avril 2018 par le Dr M. _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie et médecin auprès du SMR. En conclusion de son rapport daté du même jour, le médecin précité n'a retenu aucun diagnostic incapacitant, ni aucune limitation fonctionnelle sur le plan ostéoarticulaire, et a conclu à une capacité de travail dans l'activité habituelle de 100%.

Dans un formulaire de détermination du statut complété le 22 mai 2018, l'assurée a indiqué qu'elle travaillerait à 100% comme gestionnaire de commerce de détail si elle n'était pas atteinte dans sa santé.

Selon un avis du 2 juillet 2018 du SMR, il n'y avait pas de raisons de s'écarter de l'examen rhumatologique effectué par le Dr M._____.

Par projet de décision du 11 septembre 2018, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations, en l'absence d'atteinte incapacitante.

Le 12 octobre 2018, l'OAI a reçu un rapport du Dr K._____, dans lequel celui-ci a souligné que l'assurée présentait un acromion de stade II aux deux épaules, ainsi qu'une tendinite calcifiante au niveau des sus-épineux et qu'elle était très limitée dans ses activités quotidiennes.

Par décision du 10 janvier 2019, confirmant le projet du 11 septembre 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée.

D. Le 26 juin 2023, l'assurée a déposé une quatrième demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant un rhumatisme sévère, une fibromyalgie, ainsi qu'une dépression. A cette demande était notamment jointe une attestation de la Dre A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du Centre W._____ ([...]), qui confirmait que l'assurée y était suivie depuis le 7 mars 2019, à raison d'une séance par mois ou tous les deux mois et qu'elle prenait un traitement médicamenteux dans le contexte d'une symptomatologie anxio-dépressive devenue chronique.

Dans un compte-rendu du 14 août 2023, le SMR a conclu qu'il fallait entrer en matière sur la nouvelle demande, dès lors que l'assurée bénéficiait désormais d'un suivi psychiatrique.

Sur demande de l'OAI en lien avec la détermination de son statut, l'assurée a indiqué, le 11 septembre 2023, qu'elle travaillerait à 80% sans atteinte à la santé en tant que femme de ménage par intérêt personnel et nécessité financière.

Dans un rapport du 25 octobre 2023, le Dr K._____ a retenu les diagnostics, ayant une incidence sur la capacité de travail, de polyarthrose avec des atteintes aux mains, au rachis cervical et lombaire et avec une coxarthrose gauche, ainsi que des troubles psychiatriques à déterminer par le psychiatre. Selon lui, le pronostic était mauvais et l'incapacité de travail totale et ce, pour une durée indéterminée.

Selon un rapport du 6 novembre 2023 de la Dre A._____, l'assurée était suivie depuis le 28 avril 2020 à raison d'une fois par mois. Cette dernière souffrait de dépression récurrente moyenne à sévère depuis 2011 avec une fatigabilité psychique et physique, une symptomatologie douloureuse intense, des insomnies récurrentes et une asthénie diurne. Le pronostic était réservé en raison de la chronicisation de la maladie et du déconditionnement total, et la capacité de travail nulle dans toute activité.

Dans un rapport du 12 février 2024, le Dr P._____, spécialiste en rhumatologie, a retenu une fibromyalgie, tout en précisant qu'il n'avait vu l'assurée qu'à une seule reprise le 6 avril 2023.

D'après un avis du 13 mars 2024, le SMR a conclu qu'il fallait réinterroger le Dr K._____ et la Dre A._____.

Par communication du 22 avril 2024, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation n'était envisageable en l'état.

Dans un rapport du 24 juillet 2024, le Dr K._____ a précisé que l'évolution n'était pas favorable, en raison des douleurs polyarticulaires chroniques en augmentation depuis plus d'une année. Les limitations se situaient à plusieurs niveaux : au niveau cervical avec d'importantes limitations des rotations, au niveau de mains avec un manque de force ainsi

qu'une diminution de la force de préhension et au niveau de l'épaule droite, en raison d'un syndrome d'impingement du sus-épineux. Il concluait à une capacité de travail de 30% dans une activité adaptée.

La Dre A. _____ a, pour sa part, mentionné dans un rapport du 14 août 2024, que le Dr N. _____ avait suivi l'assurée de mars 2019 à mars 2020 avant de reprendre elle-même le suivi de celle-ci depuis le 28 avril 2020. Elle a souligné que l'assurée n'effectuait plus aucune activité de la vie quotidienne, ni le ménage, qui était réalisé par des membres de sa famille. Elle concluait à une capacité de travail nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Au terme d'un avis du 18 septembre 2024, le SMR a proposé la réalisation d'une expertise bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique (ou de médecine physique et réadaptation).

Cette expertise a été confiée à T. _____ Sàrl (ci-après : le T. _____), plus particulièrement au Dr I. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et R. _____, spécialiste en rhumatologie. Dans leur rapport du 27 février 2025, les médecins précités ont retenu les diagnostics incapacitants, sur le plan rhumatologique, d'atteinte rachidienne mécanique dégénérative et d'arthroses digitales et, comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie, un syndrome de déconditionnement global, ainsi que des pieds plats. Sur le plan psychiatrique, ils n'ont retenu aucun diagnostic incapacitant et, à titre de diagnostics sans une incidence sur la capacité de travail, un trouble anxieux et dépressif mixte (F31.2). Les experts ont conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : éviter le port de charges de plus de 10 kg de façon répétée, éviter de monter et de descendre des échelles et des échafaudages, alterner les positions à sa convenance, éviter la marche sur des terrains accidentés, éviter de surcharger le rachis dans ses mouvements de flexion, extension et en porte-à-faux.

Dans un avis du 4 mars 2025, le SMR a estimé que le rapport d'expertise du T. _____ était convaincant et que les conclusions des experts pouvaient être suivies avec une situation inchangée depuis 2018.

D'après un compte-rendu du service juridique de l'OAI du 11 avril 2025, un statut de 80% active pouvait être retenu pour l'assurée.

Par projet de décision du 24 avril 2025, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles, compte tenu d'un degré d'invalidité global de 6,03%, soit de 7,54% pour la part active et nulle pour la part ménagère. Le degré d'invalidité pour la part active résultait de la comparaison entre le revenu sans invalidité fixé à 55'034 fr. et le revenu d'invalidité arrêté à 50'883 fr. 91.

Par courrier du 21 mai 2025, l'assurée a formulé des objections au projet précité.

A la demande de l'OAI, elle a fourni, le 27 juin 2025, un rapport du Dr K. _____ du 24 juin 2025, ainsi qu'un rapport de la Dre A. _____ du 23 juin 2025.

Dans un avis du 29 juillet 2025, le SMR a conclu que les éléments avancés par les médecins ne permettaient pas de s'écarter des conclusions finales du 4 mars 2025.

Par décision du 30 juillet 2025, confirmant le projet du 24 avril 2025, l'OAI a refusé à l'assurée l'octroi de prestations.

E. Par acte du 8 septembre 2025, l'assurée a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour une nouvelle évaluation médicale. Elle fait, en substance, valoir que compte tenu de ses atteintes à la santé, elle n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle, pas plus qu'une activité adaptée à 80%. Elle estime également que le revenu avec invalidité retenu par l'intimé ne correspond

pas à sa situation et que les possibilités d'emploi correspondant à son profil sont très limitées.

Le 10 septembre 2025, une demande d'avance de frais a été adressée à la recourante, avec la précision qu'elle pouvait demander à être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, ce qu'elle a fait par courrier du 25 septembre 2025.

Par ordonnance du 30 septembre 2025, le juge instructeur a accordé à la recourante l'assistance judiciaire avec effet au 9 septembre 2025, l'exonérant d'avances et de frais judiciaires.

Dans sa réponse du 27 octobre 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 26 novembre 2025, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a souligné que son état de santé s'était nettement aggravé depuis 2019, comme l'attestait la Dre A._____ dans un rapport du 14 novembre 2025, joint à son écriture. Elle a également fourni un rapport du Dr K._____ du 24 juin 2025, déjà produit dans le cadre de la procédure administrative.

Dupliquant le 16 décembre 2025, l'intimé a maintenu sa position, dès lors que les rapports produits par la recourante ne permettaient pas de modifier son appréciation.

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 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 ensuite de la nouvelle demande de prestations qu'elle a déposée le 26 juin 2023.

3. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est 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).

En l'espèce, la demande a été déposée le 26 juin 2023 et un éventuel droit à la rente naîtrait au plus tôt le 1^{er} décembre 2023 (art. 29 al. 1 LAI). Les dispositions dans leur teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2022 sont donc applicables au présent cas.

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

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

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

par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, 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).

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).

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 citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment

pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

e) Tant les affections psychosomatiques que les affections psychiques et les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées ; voir également ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

6. a) En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 26 juin 2023, qu'il a instruite en mettant en œuvre une expertise bidisciplinaire, confiée au T._____, en particulier aux Drs R._____ (rhumatologie) et I._____ (psychiatrie et psychothérapie). Se fondant sur le rapport d'expertise établi

par ces médecins le 27 février 2025, ainsi que sur les avis du SMR des 4 mars 2025 et 29 juillet 2025, l'intimé a estimé que l'état de santé de la recourante n'avait pas connu de péjoration notable depuis la dernière décision de refus de rente entrée en force du 10 janvier 2019. Aussi, si la recourante présentait, depuis 2011, une incapacité de travail totale dans son activité habituelle d'employée de nettoyage, elle disposait toujours d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

La recourante critique cette approche, estimant ne pas être capable d'exercer une activité professionnelle, compte tenu de ses douleurs articulaires, de sa grande fatigue, de ses difficultés de concentration et de mémoire ainsi que, d'une manière générale, d'une baisse importante de ses capacités. A ces égards, elle se prévaut essentiellement des rapports de ses médecins traitants qu'elle a produits tant lors de l'instruction qu'en procédure de recours.

b) Cela posé, il convient d'examiner si l'intimé pouvait valablement reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise bidisciplinaire réalisée par les médecins du T._____.

aa) En premier lieu, on relèvera que le rapport d'expertise du 27 février 2025 remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Tant sur le plan 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 aboutit à des conclusions soigneusement motivées.

bb) Sur le plan rhumatologique, l'examen a confirmé la présence d'un syndrome lombo-vertébral sans signe radiculaire, d'un déconditionnement global par dysbalance musculaire, d'une arthrose digitale et des pieds plats. Par ailleurs, un score de Wolff de 25/31 confirmait le diagnostic de fibromyalgie, inchangé depuis 2011. L'expert rhumatologue a également constaté une limitation de la rotation cervicale et de la flexion des hanches limitée autour de 110°. Pour tenir compte de l'atteinte rachidienne mécanique dégénérative, l'expert précité a retenu des limitations fonctionnelles, à savoir d'éviter le port de charge de plus de 10 kg de façon répétée, d'éviter de monter et de descendre des échelles et des échafaudages, d'alterner les positions à sa convenance, d'éviter la marche sur des terrains accidentés et d'éviter de surcharger le rachis dans ses mouvements de flexion, d'extension et en porte-à-faux. En revanche, le Dr R._____ n'ayant pas constaté de limitations au niveau des mains lors de l'examen clinique et des tests, il n'a pas retenu de limitations fonctionnelles eu égard à l'atteinte digitale. Il a également noté que, durant l'examen, l'assurée était restée assise dans une position confortable pendant une cinquantaine de minutes et qu'elle s'était déplacée et déshabillée de façon aisée et fluide. Celle-ci rapportait qu'elle ne faisait rien de ses journées, ne pratiquait pas d'activité sportive, ni de marche et qu'elle recevait l'aide de sa belle-fille, qui vivait avec elle, pour le ménage et la cuisine. L'expert rhumatologue a encore indiqué que les possibilités thérapeutiques étaient épuisées mais que des mesures de réadaptation paraissaient utiles pour envisager une activité adaptée. Il a conclu à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée sur le plan rhumatologique, tout en précisant que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de femme de ménage.

cc) Sur le plan psychiatrique, l'expert n'a retrouvé, à l'examen, ni de ralentissement psychomoteur, ni d'agitation psychomotrice, ni de trouble cognitif (concentration, attention ou mémoire), ni de tristesse pathologique, ni de symptôme physique en faveur d'une hyperactivité

neurovégétative pouvant refléter la présence d'un état anxieux. L'assurée rapportait pleurer tous les deux à trois jours quand elle avait des douleurs ou mal dormi mais ne prenait pas, contrairement à ses dires, de traitement antidépresseur, ni le traitement anxiolytique et inducteur de sommeil, pourtant prescrit. Sur la base des plaintes rapportées, l'expert a retenu des symptômes anxieux et dépressifs mineurs dont la durée et la sévérité n'étaient pas suffisantes pour qu'un diagnostic d'épisode dépressif ou de trouble anxieux caractérisé puisse être posé. Ces symptômes n'étaient pas incapacitants.

L'expert psychiatre a indiqué partager le diagnostic de trouble de l'adaptation posé en 2011 par le Dr G._____, en ce sens que la sévérité des symptômes lors d'un trouble de l'adaptation, avec humeur anxio-dépressive était la même que celle d'un trouble anxieux et dépressif mixte. En revanche, le diagnostic de trouble de l'adaptation ne durait, par définition, pas plus de six mois. Quant au diagnostic de trouble somatoforme indifférencié, il ne pouvait être admis en raison du fait que l'expert rhumatologue en 2011 avait retenu des diagnostics pouvant expliquer les plaintes douloureuses (atteinte rachidienne mécanique dégénérative, arthrose digitale, syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie et pieds plats). Concernant le diagnostic de trouble dépressif moyen à sévère depuis 2011 posé en avril 2020 par la Dre A._____, celui-ci ne pouvait pas non plus être retenu dès lors que l'épisode de 2011 n'avait pas les caractéristiques cliniques d'un épisode dépressif, le diagnostic de trouble de l'adaptation ayant été retenu. En outre, le suivi psychiatrique débuté en 2011 avait été interrompu avant une reprise en mars 2019 et ce suivi consistait en une séance par mois, voire tous les deux mois. A cela s'ajoutait que l'absence de médication psychotrope et l'absence d'humeur dépressive ne variant guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances – l'assurée rapportant une tristesse et des pleurs lors de douleurs ou d'une mauvaise nuit pendant au maximum une heure tous les deux à trois jours et des moments d'angoisse quatre à cinq fois dans le mois – parlaient en faveur de l'absence d'un épisode dépressif. L'expert psychiatre ne notait en outre aucun signe clinique en faveur d'un trouble spécifique de la personnalité.

Ce dernier a encore précisé que la perte de fonctionnalité de nature psychiatrique dont se plaignait l'assurée n'était pas cohérente, ni plausible, précisant qu'il n'y avait pas de limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie. L'expert a également constaté que les ressources internes et externes de l'assurée étaient préservées, sans facteur pesant particulier et a en outre observé un manque de compliance au traitement anxiolytique, ainsi que la présence de multiples facteurs contextuels qui ne pouvaient pas être pris en compte dans l'évaluation menée sous l'angle de l'assurance-invalidité, à savoir en particulier l'absence de maîtrise du français, l'absence de formation professionnelle et un déconditionnement physique important. Il a ainsi conclu à une capacité de travail entière dans toute activité sur le plan psychiatrique.

dd) D'un point de vue consensuel, les Drs R._____ et I._____ ont en définitive retenu, sur le plan psychiatrique, que la capacité de travail de la recourante était entière dans toute activité en l'absence de limitations fonctionnelles de ce registre ; du point de vue rhumatologique, l'activité habituelle d'employée de nettoyage n'était plus exigible. La capacité de travail de la recourante était en revanche entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énumérées ci-dessus (cf. *supra* consid. 6b/bb).

c) En l'occurrence, aucune pièce médicale ne justifie de s'écarter des conclusions convaincantes de l'expertise bidisciplinaire du T._____. En particulier, les rapports médicaux produits par la recourante ne permettent pas de retenir une aggravation significative de son état de santé.

aa) En effet, en tant que la recourante se prévaut du rapport du 23 juin 2025 de la Dre A._____, on observera, à l'instar du SMR (cf. avis du 29 juillet 2025), que les éléments qui y sont rapportés concernent essentiellement des facteurs psycho-sociaux, le contexte et les plaintes de la recourante. Aucun élément ne permet en effet objectivement d'aller à l'encontre de l'appréciation de l'expert, qui a écarté de manière

argumentée les diagnostics d'épisode dépressif, en raison notamment des manifestations trop ponctuelles des symptômes, de l'absence de traitement antidépresseur, ainsi que de la fréquence des consultations. L'expert a également écarté un trouble somatoforme en l'absence des critères secondaires de cette atteinte selon la classification internationale des maladies (CIM), tout en précisant que les troubles dégénératifs et la fibromyalgie étaient mieux à même d'expliquer les douleurs ressenties par la recourante. Le rapport ultérieur du 14 novembre 2025 de la Dre A._____, produit dans le cadre de la procédure de recours, n'apporte pas plus d'éléments et se limite à rapporter à nouveau les plaintes de la recourante.

bb) Concernant le rapport du 24 juin 2025 du Dr K._____, les diagnostics retenus sont insuffisamment étayés, en particulier sur le plan clinique, et n'apportent en définitive aucun élément médical objectif propre à remettre en cause les conclusions motivées de l'expertise. En effet, le Dr K._____ retient une capacité de travail nulle dans toute activité mais ne motive aucunement son appréciation et ne dit pas en quoi les atteintes retenues auraient une incidence sur l'exercice d'une activité adaptée, telle que retenue par les experts, et engendreraient des limitations fonctionnelles autres que celles déjà prises en compte dans le rapport d'expertise.

d) Sur le vu de ce qui précède, il convient de retenir que la recourante dispose d'une capacité de travail entière dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles rhumatologiques.

7. S'agissant du statut de la recourante, c'est à bon droit que l'intimé a retenu un taux de 80% pour la part active et de 20% pour la part ménagère, ces taux correspondant aux déclarations faites par la recourante dans le formulaire qu'elle avait rempli le 11 septembre 2023, étant par ailleurs rappelé que la recourante et son époux sont tous deux au bénéfice du revenu d'insertion et qu'ils n'ont plus d'enfants à charge. L'intimé aurait donc valablement pu renoncer à la mise en œuvre d'une évaluation

ménagère, attendu que les éventuels empêchements constatés n'auraient en tout état pas permis d'atteindre un degré d'invalidité de 40% au moins.

8. Cela étant précisé, il convient de déterminer le degré d'invalidité présenté par la recourante.

a/aa) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique (OFS).

bb) On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; Margit Moser-Szeless, *in* Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2025, n^{os} 25 et 33 ad art. 16).

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

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

cc) Selon l'art. 26^{bis} al. 3 RAI dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2024, édicté sur la base de l'art. 28a al. 1 LAI, une déduction de 10 % est opérée sur la valeur statistique visée à l'al. 2. Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49 al. 1bis RAI de 50 % ou moins, une déduction de 20 % est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible.

b) Pour ce qui est du revenu sans invalidité, l'intimé l'a arrêté à 55'034 fr., correspondant au salaire moyen perçu par une femme exerçant une activité relevant du niveau de compétence 1 (cf. ESS 2022, tableau TA1, activités de services administratifs), après prise en compte d'une durée de travail de 42 heures (cf. OFS, Durée normale de travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], en heures par semaine) et d'une indexation pour 2023 et 2024. Il n'y a pas lieu de s'écarter de ce montant qui peut être confirmé.

c/aa) Concernant le revenu avec invalidité, l'intimé a estimé que la recourante était en mesure d'exercer un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple dans le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, comme ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères ou encore comme ouvrière dans le conditionnement. Contrairement à ce que soutient la recourante, ces activités, qui respectent ses limitations fonctionnelles rhumatologiques, correspondent à son profil et ne nécessitent pas de compétences ou de connaissances particulières que la recourante n'aurait pas acquises compte tenu de son parcours professionnel.

bb) L'intimé a fixé le revenu avec invalidité à 50'883 fr. 91, correspondant au salaire moyen perçu par une femme exerçant une activité relevant du niveau de compétence 1 (cf. ESS 2022, tableau TA1, total femmes), après prise en compte d'une durée de travail de 41,7 heures (cf. OFS, Durée normale de travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], en heures par semaine), d'une indexation à 2023 et 2024 et de la déduction de 10% prévue par l'art. 26^{bis} al. 3 RAI. Outre que l'intimé s'est, à juste titre, fondé sur les valeurs statistiques de l'ESS, tout comme pour la détermination du revenu sans invalidité, il n'y a pas non plus matière à s'écarter du montant retenu.

d) Après comparaison du revenu sans invalidité (55'034 fr.) avec le revenu d'invalidité (50'883 fr. 91 fr.), il résultait un taux d'invalidité de 7,54%, inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 1 LAI). On précisera, à toutes fins utiles, que le recours à l'ESS 2024 ne change rien au résultat.

L'intimé était ainsi légitimé à nier à la recourante le droit à des prestations d'invalidité.

9. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 30 juillet 2025 par l'intimé confirmée.

b) 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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions. Celle-ci est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice (cf. décision du juge instructeur du 5 mars 2025). Les frais judiciaires mis à sa charge sont donc provisoirement assumés par l'Etat. Elle 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 fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la direction générale des affaires

institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

**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 30 juillet 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), mis à la charge de B._____, sont provisoirement assumés par l'Etat.
- IV.** B._____ 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 provisoirement à la charge de l'Etat.
- V.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- B. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :