

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 août 2026

Composition : M. WIEDLER, président
M. Tinguely, juge, et Mme Silva, assesseure
Greffier : M. Reding

* * * * *

Cause pendante entre :

A._____, à Q***, recourante, représentée par Me Philippe Graf, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1, 17 al. 1, 43 al. 1 et 61 let. c LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

En fait :

A. A._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née en ***. Au bénéfice d'une formation d'aide-soignante et d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'assistante socio-éducative notamment, elle a principalement travaillé en ces qualités pour le compte de divers employeurs à partir de 1998, dont, en dernier lieu, au sein de la société H._____ Sàrl de mars 2020 à septembre 2021, à un taux de 50 %.

B. Le 5 novembre 2010, A._____ 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'OAI ou l'intimé), exposant souffrir d'arthrose aux cervicales, aux lombaires et aux genoux depuis environ quatre mois.

Par rapport du 15 novembre 2010, le Dr B._____, spécialiste en rhumatologie, a posé le diagnostic – incapacitant – de douleurs musculo-squelettiques poly-insertionnelles sur probable syndrome fibromyalgique (depuis 2002) et les diagnostics – non incapacitants – d'état après épicondylite droite chronique, de notion de carences des réserves en fer, de migraines, d'excès pondéral et de carence en vitamine D. Selon lui, les douleurs entraînaient une diminution de rendement de l'ordre de 25 %.

Le 30 juin 2011, une enquête économique sur le ménage a été menée au domicile de l'assurée. Dans un rapport daté du même jour, l'évaluatrice a proposé de retenir un statut comportant une part active de 80 % et une part ménagère de 20 %, tout en évaluant l'empêchement ménager à 35,90 %.

Par décision du 2 février 2012, l'OAI a nié à l'assurée le droit à une rente sur la base d'un degré d'invalidité de 21,05 %.

C. Le 24 janvier 2013, A._____ a demandé à l'OAI que son dossier « *soit r[...]*ouvert afin de réétudier les possibilités de réadaptation et de réinsertion professionnelle ».

Par rapport du 18 avril 2013, le Dr I._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a mis en évidence les diagnostics de cervicalgies chroniques, de ténosynovite des fléchisseurs droits, de bursite scapulo-thoracique des deux côtés, de status post-cure épicondylite à droite (le 14 septembre 2012) et de status post-cure épitrochléite à droite (le 30 novembre 2012). Il a précisé que l'état de santé actuel de sa patiente ne contre-indiquait pas une reconversion professionnelle dans une activité telle que celle d'assistante-médicale, malgré une capacité de port de charges limitée à 5 ou 10 kg.

Par décision du 14 janvier 2014, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée, au motif qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que sa situation sur le plan médical s'était modifiée de manière notable depuis la dernière décision du 2 février 2012.

D. Le 18 janvier 2022, A._____ a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, annonçant présenter, depuis le mois de décembre 2021, des insomnies et des douleurs chroniques musculo-squelettiques mixtes et diffuses, lesquelles touchaient principalement l'hémicorps droit. Elle a joint une appréciation du 25 octobre 2021 du Dr C._____, spécialiste en anesthésiologie, mentionnant que sa patiente « *rapport[ait] des douleurs intensifiées surtout en fin de journée où elles [étaient] les plus insomniaques* » et préconisant « *un sevrage progressif de la prise de traitements considérés comme inefficaces et sources d'effets indésirables* ».

Par rapport du 7 mars 2022, le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale, a relevé les diagnostics de douleurs chroniques diffuses d'allure neuropathique (CIM-11 [11^e révision de la classification internationale des maladies] MG30.01), avec douleurs de l'hémiface droite, cervicobrachialgies, lombalgies chroniques non spécifiques et migraines. Étaient annexés :

- un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) « *cou-ORL [oto-rhino-laryngologie]* » du 1^{er} février 2021 ne constatant aucune anomalie pouvant expliquer la symptomatologie ;
- un rapport du 29 octobre 2021 de la Dre F._____, spécialiste en cardiologie, laquelle affirmait ne pas avoir d'argument pour une insuffisance coronarienne au regard de l'échocardiographie et du test d'effort effectués ; et
- un rapport du 10 décembre 2021 du Dr C._____ indiquant les mêmes diagnostics.

Le 22 avril 2022, l'OAI a reçu une copie du dossier de l'assurance perte de gain de l'ancien employeur de l'assurée, lequel contenait notamment :

- un rapport d'expertise du 8 octobre 2021 de la Dre M._____, spécialiste en médecine interne générale, laquelle soulignait les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (CIM-10 F32.2) et de dorsalgies (CIM-10 M54), tout en concluant à une capacité de travail nulle dès le 23 mars 2021 ; et
- un rapport du 2 mars 2022 du Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel retenait les diagnostics de trouble dépressif persistant, avec détresse anxieuse (CIM-10 [10^e révision de la classification internationale des maladies] F34.1), de trouble de stress post-traumatique (CIM-10 F43.1), de personnalité borderline (CIM-10 F60.3) et de modification de la personnalité due à une affection médicale (CIM-10 F07.0), tout en attestant une incapacité de travail totale.

Dans un avis du 26 septembre 2022, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comportant des volets en médecine interne, en rhumatologie et en psychiatrie.

Les 14 et 20 février 2023, l'assurée a été examinée par les Drs J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, K._____, spécialiste en médecine interne générale, et L._____, spécialiste en

rhumatologie, tous trois experts auprès du centre d'expertises M._____. Dans un rapport du 18 avril suivant, ces derniers ont fait état des diagnostics d'épisode dépressif léger à moyen évoluant vers la dysthymie (CIM-10 F34.1), de syndrome somatoforme douloureux persistant (CIM-10 F45.4), d'épicondylite droite chronique (depuis environ 2002), de syndrome douloureux chronique (depuis environ 2010), de bypass gastrique (en 2016) et de cure d'hémorroïdes et de fissure anale. Selon eux, la capacité de travail se montait à 80 % (eu égard à une baisse de rendement de 20 %) dans une activité d'aide-soignante et à 100 % dans une activité adaptée n'exigeant pas de porter de charges lourdes ni d'utiliser le membre supérieur droit de manière répétée, ce à compter de mars 2022, étant précisé que l'assurée avait été en incapacité totale de travailler durant douze mois en raison d'un burnout survenu en mars 2021.

Dans un avis du 1^{er} mai 2023, le SMR a fait siennes les conclusions de cette expertise.

Interrogée sur son statut, l'assurée a déclaré, le 8 mai 2023, que son taux d'activité serait de 100 % si elle n'était pas atteinte dans sa santé, ce par nécessité financière.

Par projet de décision du 22 mai 2023, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il comptait rejeter sa demande de prestations, dans la mesure où son degré d'invalidité ne s'élevait qu'à 20 %.

Par rapport du 26 juillet 2023, la Dre N._____, spécialiste en anesthésiologie, a indiqué que sa patiente souffrait depuis de nombreuses années de douleurs généralisées d'origine plutôt indéterminée, avec suspicion de fibromyalgie. Son état de santé s'était récemment aggravé de manière importante. Les doses des médicaments avaient été augmentées, toutefois sans net bénéfice. Était notamment annexé un rapport de scintigraphie osseuse du corps entier du 26 juin 2023 révélant ce qui suit (*sic*) :

« Hypercaptation du rachis dorsal sur des constructions ostéophytaires antérieures et discarthrose de D4 à D9 ainsi que des

articulations facettaires postérieures à prédominance droite touchant en particulier D6-D7 et D7-D8 à droite, et costo-vertébrales en particulier la 11ème costo-vertébrale droite.
Hypercaptation des poignets et des petites articulations des mains des deux côtés à prédominance droite.
Hypercaptation modérée du plastron sternal et des articulations sacro-iliaques à discrète prédominance droite.
Probable fasciite plantaire droite.
[...] ».

Poursuivant, à la demande du SMR, les investigations médicales, l'OAI a recueilli diverses pièces, dont :

- un rapport d'IRM lombaire du 31 octobre 2023 concluant à une petite hernie latérale gauche aux vertèbres L5-S1 venant au contact de la racine de la vertèbre S1 gauche et à une arthrose interfacettaire modérée aux vertèbres L4-L5, en poussée congestive à gauche ;
- un rapport du 5 décembre 2023 de la Dre P._____, spécialiste en rhumatologie, laquelle notait les diagnostics d'état douloureux chronique diffus et d'investigation en cours de suspicion de rhumatisme inflammatoire de type spondylarthrite ; et
- un rapport d'IRM des articulations sacro-iliaques du 15 janvier 2024 montrant un minime œdème osseux du versant iliaque de la partie postéro-inférieure de l'articulation sacro-iliaque droite, l'absence d'érosion osseuse inflammatoire ou d'argument pour une sacro-iliite active et l'absence de séquelle de sacro-iliite.

Dans un avis du 24 décembre 2024, le SMR a maintenu sa position, dès lors qu'il n'y avait aucun élément médical nouveau justifiant une aggravation durable ou un changement du tableau clinique.

Par décision du 6 janvier 2025, l'OAI a confirmé son projet de décision du 22 mai 2023.

E. Le 4 février 2025, A._____ a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, sollicitant un délai afin de transmettre des rapports de ses médecins traitants.

Par réponse du 3 juin 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Par décision du 4 juin 2025, le juge instructeur a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire à l'assurée, comprenant l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Philippe Graf, avec effet au 1^{er} mai 2025.

Par courrier du 29 août 2025, l'assurée, par le biais de son mandataire, a produit un rapport du 27 août 2025 du Dr G._____ et de Mme BB._____, psychologue, lesquels posaient les diagnostics de trouble dépressif récurrent (CIM-10 F33), de trouble de stress post-traumatique complexe (CIM-10 F43.1) et de changement de personnalité secondaire (CIM-10 F62.0), tout en certifiant une incapacité de travail totale dans n'importe quelle activité. Puis, par réplique du 3 décembre 2025, elle a versé au dossier un rapport du 14 juillet 2025 du Service de rhumatologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV) indiquant, d'une part, qu'elle avait séjourné au sein de ce dernier entre le 23 juin et le 4 juillet 2025 en vue d'un traitement multimodal de la douleur et, d'autre part, qu'elle n'était pas à même de reprendre une quelconque activité du fait de douleurs diffuses, d'une fatigue marquée, de troubles cognitifs et surtout d'un état anxio-dépressif significatif. Enfin, dans des déterminations complémentaires du 30 janvier 2026, elle a requis la suspension de la procédure jusqu'à droit connu sur une demande de mise sous curatelle qu'elle avait déposée en décembre 2025, ainsi que la réalisation d'une expertise judiciaire, tout en joignant – entre autres pièces – un procès-verbal d'audience établi le 20 janvier 2026 par la Justice de paix du district de l'Ouest lausannois.

Par duplique du 3 mars 2026, l'OAI a réitéré ses conclusions. Était annexé un avis du 27 février 2026 de son service médical, lequel estimait que les rapports des 14 juillet 2025 et 27 août 2025 susmentionnés n'apportaient aucun nouvel élément susceptible de modifier sa position.

Par courrier du 20 avril 2026, le Juge instructeur a informé l'assurée qu'il ne comptait pas faire suite à sa demande de suspension de la procédure.

Dans une écriture du 3 juin 2026, l'assurée a principalement conclu à la réforme de la décision attaquée dans le sens des conclusions de l'expertise judiciaire précédemment sollicitée et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle a, par ailleurs, requis la tenue d'une audience de débats publics au sens de l'art. 6 CEDH (Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; RS 0.101). Un bordereau de pièces accompagnait son acte, lequel contenait notamment une décision du 10 mars 2026 de la Justice de paix du district de l'Ouest lausannois instituant une curatelle de représentation et de gestion en sa faveur.

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 des prestations de l'assurance-invalidité, notamment une rente d'invalidité.

3. 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).

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

Une rente au sens de l'art. 28 al. 1 LAI n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1^{bis} et 1^{er} LAI n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1^{bis} LAI).

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 (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).

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).

4. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables,

c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

b) 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).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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).

d) 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). 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).

e) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels

figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

5. a) En l'espèce, l'intimé a refusé d'allouer à la recourante les prestations de l'assurance-invalidité sollicitées. Il s'est, à ce titre, appuyé sur le rapport d'expertise du 18 avril 2023 du centre d'expertises M._____, lequel mettait principalement en évidence les diagnostics - d'ordre rhumatologique et psychique - d'épicondylite droite chronique, de syndrome douloureux chronique, d'épisode dépressif léger à moyen évoluant vers la dysthymie et de syndrome somatoforme douloureux persistant, tout en évaluant, dès mars 2022, la capacité de travail à 80 % (compte tenu d'une baisse de rendement de 20 %) dans l'activité habituelle d'aide-soignante et à 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles en lien avec le port de charge et l'utilisation répétée du membre supérieur droit.

Pour sa part, la recourante a contesté la valeur probante du rapport du centre d'expertises M._____, soutenant que les experts avaient sous-estimé ses atteintes à la santé, lesquelles s'étaient, qui plus est, péjorées entre le moment où l'expertise avait été rendue et la date de la décision attaquée. Elle a essentiellement fondé son argumentation sur les rapports de la Dre M._____ du 8 octobre 2021, du Dr G._____ du 2 mars 2022, du Service de rhumatologie du CHUV du 14 juillet 2025 et du Dr G._____ et de Mme BB._____ du 27 août 2025.

b) Cela étant, force est de constater - avec la recourante - que les conclusions de l'expertise du centre d'expertises M._____ se révèlent sujettes à caution sous plusieurs aspects.

aa) Sur le plan rhumatologique, la Dre L._____ a insuffisamment motivé son analyse. Elle s'est ainsi contentée d'indiquer, sur la base de l'anamnèse médicale, que l'épicondylite droite chronique, laquelle était, à elle seule, à l'origine des limitations fonctionnelles d'épargne du membre supérieur droit, était présente depuis 2002.

S'agissant du syndrome douloureux chronique, il s'expliquait par l'absence d'éléments objectifs et n'était pas incapacitant. L'experte a, finalement, affirmé que la situation n'avait pas évolué depuis 2010, hormis en ce qui concernait l'augmentation des douleurs. Or, à aucun moment, elle ne s'est clairement déterminée sur les diagnostics des lombalgies chroniques et de cervicobrachialgies droites posés par les médecins traitants de la recourante, tels que le Dr D. _____ dans son rapport du 7 mars 2022, mais aussi le Dr C. _____ dans ses rapports des 26 février et 10 décembre 2021, ou sur le diagnostic de gonarthrose droite signalé par la Dre F. _____ dans son rapport du 29 octobre 2021, étant précisé que ces atteintes avaient déjà été alléguées dans la première demande de prestations déposée en novembre 2010. Rien ne permet donc de savoir si la Dre L. _____ a ou non englobé ces douleurs dans les « *douleurs de tout l'hémicorps droit* » énoncées dans son appréciation. Quoi qu'il en soit, cette spécialiste ne semble pas avoir cherché une étiologie somatique spécifique à la symptomatologie de l'assurée, au simple motif que l'examen clinique était « *non relevant* », sous réserve de discrets troubles statiques, et que les examens complémentaires, singulièrement l'IRM cervicale de février 2021, s'étaient révélés normaux, alors qu'elle avait pu observer, lors de l'osculution, des douleurs à la palpation de la colonne lombaire, de même que des sensibilités à la palpation de la colonne cervicale, de l'articulation sacro-iliaque et de la zone rétrotrochantérienne.

Les conclusions de la Dre L. _____ selon laquelle les douleurs provoquées par le syndrome douloureux chronique n'étaient pas objectivables se voient, de surcroît, remises en question par le rapport du 14 juillet 2025 du Service de rhumatologie du CHUV, lequel a été établi à la suite de l'hospitalisation multimodale de la recourante au sein de cet hôpital. Il y est, en effet, relevé une série de diagnostics rhumatologiques, dont principalement ceux de syndrome douloureux chronique mixte dégénératif, nociplastique et possiblement somatoforme, de lombopygalgies mécaniques et dégénératives (avec spondylarthrose aux vertèbres L4-L5 inflammatoire à gauche, arthrose sacro-iliaque bilatérale inflammatoire, discopathie aux vertèbres L5-S1 et hernie discale à gauche, *coxa profunda* et lésion calcifiée du labrum à gauche, scoliose et

discarthrose aux vertèbres D4 à D9) et de gonarthrose droite. Il y est également exposé que ces troubles entraînaient des limitations fonctionnelles en lien avec des douleurs mécaniques au niveau lombaire, des articulations sacro-iliaques, coxofémorales et du genou droit, soit des limitations fonctionnelles d'ordre physique. Les douleurs formaient, au côté d'une fatigue marquée, de troubles cognitifs et d'un état anxio-dépressif, un obstacle à la reprise d'une activité professionnelle. Aussi, le rapport du CHUV, lequel a été largement documenté et s'est appuyé sur diverses investigations, telles que des radiographies, un bilan sanguin inflammatoire, métabolique et infectieux et des tests d'évaluation de la douleur, s'avère bien plus détaillé que le volet rhumatologique de l'expertise et laisse apparaître la présence d'atteintes - du moins en partie - de nature biomécanique ou dégénérative, lesquelles sont possiblement à même d'impacter négativement la capacité de travail. Certes, il a été rédigé postérieurement à la décision attaquée du 6 janvier 2025. La spondylarthrose, l'arthrose sacro-iliaque, la discopathie et la discarthrose dont il est fait mention reposent toutefois sur des résultats d'imagerie antérieurs à celle-ci, soit la scintigraphie osseuse du 26 juin 2023 et l'IRM lombaire du 31 octobre 2023. Les diagnostics de syndrome douloureux chronique et de fibromyalgie, quant à eux, étaient évoqués déjà avant janvier 2025. Les observations et conclusions du Service de rhumatologie du CHUV se révèlent, dès lors, pleinement pertinentes dans le cadre de la présente procédure.

A noter encore que l'évaluation de la capacité de travail opérée par la Dre L._____ est peu convaincante. Tandis que cette dernière a expressément reconnu que les douleurs à l'hémicorps droit étaient accompagnées de troubles du sommeil, d'une importante fatigue et des troubles de la concentration, elle n'a nullement justifié en quoi l'exercice d'une activité professionnelle n'était pas entravé par ces symptômes additionnels, lesquels étaient pourtant potentiellement invalidants.

bb) Du point de vue psychiatrique, l'appréciation du Dr J._____ peine également à emporter la conviction, en particulier en ce qui concerne la motivation des diagnostics retenus ou écartés. Ce dernier,

lequel a estimé que l'épisode dépressif dont souffrait la recourante était de degré léger à moyen, n'a, en effet, jamais discuté l'avis de la Dre M._____, alors que celle-ci avait qualifié cette atteinte de grave dans son rapport du 8 octobre 2021 à l'attention de l'assurance perte de gain de l'ancien employeur de l'assurée. Les constatations sur lesquelles il a fondé ce diagnostic, à savoir, d'une part, la présence d'une thymie négative paraissant dominer, mais non stablement installée, des troubles du sommeil semblant toutefois plus liés aux douleurs, une perte de l'élan vital, avec une fatigue importante, une démotivation, avec une composante régressive, une perte d'intérêt et une réduction du plaisir dans l'existence et, d'autre part, l'absence de ralentissement psychomoteur, de troubles cognitifs touchant la mémoire ou la concentration, de fatigue constatée à l'observation et de culpabilité pathologique, divergent, en outre, partiellement par rapport à celles de l'experte précitée, puisque cette experte a notamment fait état d'un sentiment de honte et de culpabilité. Dans ces conditions, il est impossible de savoir si le Dr J._____ a considéré que la gravité de l'épisode dépressif s'était atténuée entre les mois d'octobre 2021 et de février 2023, date à laquelle il a examiné la recourante, ou, au contraire, s'il a jugé que ce trouble avait toujours été léger à moyen. Sa déclaration selon laquelle « *l'atteinte thymique [était] désormais présente et cela de manière continue depuis 2020* » se révèle, en ce sens, trop vague pour en tirer une quelconque conclusion à ce sujet. L'expert a, au surplus, pronostiqué une évolution de l'épisode dépressif vers une dysthymie, soit une atteinte à la santé qui n'est généralement pas invalidante à elle seule (cf. TF 9C_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 4.1). Il ressort pourtant du rapport du 14 juillet 2025 du CHUV – établi après la décision litigieuse –, sous le point « *[c]onsensus de capacité de travail* », que cette dernière était actuellement nulle en raison surtout d'un état anxio-dépressif significatif. Ce pronostic favorable s'avère donc en totale contradiction avec cette évaluation datant de 2025. S'agissant du diagnostic de trouble de stress post-traumatique souligné par le Dr G._____ dans son rapport du 2 mars 2022, le Dr J._____ l'a écarté de façon très sommaire, en se focalisant uniquement sur le souvenir d'un accident de la circulation dont la recourante avait été victime en 2019. Or le psychiatre traitant a spécifié, dans son rapport du 27 août 2025, que c'est

un vécu traumatique durant l'enfance et des années de procédures pénales contre l'ex-mari de la recourante, lequel avait abusé sexuellement de leur fils, qui avait engendré une telle affection. Il s'ensuit que l'analyse diagnostique de l'expert est incomplète, dans la mesure où elle ne tient pas compte de l'ensemble des faits pertinents.

Par ailleurs, le Dr J._____ a expressément nié l'existence d'un syndrome de dépendance. L'assurée avait pourtant expliqué à la Dre M._____, dans le cadre de l'expertise commandée par l'assurance perte de gain de son ancien employeur, « *se shooter* » à la Prégabaline et au Tramadol. Le Dr C._____ avait, quant à lui, recommandé, dans son rapport du 25 octobre 2021, un sevrage progressif des médicaments « *considérés comme inefficaces et sources d'effets indésirables* ». On remarque aussi, à la lecture du tableau récapitulatif des traitements contenu dans le volet psychiatrique de l'expertise du centre d'expertises M._____, que la recourante avait pris trois comprimés de Palexia, un analgésique opioïde puissant, la nuit précédant son entretien dans ce centre, bien qu'un seul comprimé par jour était prescrit selon la posologie. Ces éléments laissent, de la sorte, à penser que celle-ci pourrait souffrir d'un tel syndrome de dépendance, lequel serait susceptible d'influer négativement sa capacité de travail. Cette impression est d'ailleurs renforcée par le fait qu'une dépendance aux opiacés impactant la symptomatologie douloureuse et nécessitant un sevrage de Palexia a été décrite dans le rapport du 14 juillet 2025 du Service de rhumatologie du CHUV.

Pour finir, l'estimation de la capacité de travail réalisée par le Dr J._____ à l'aune des indicateurs développés à l'ATF 141 V 281 prête le flanc à la critique. Celui-ci a, en effet, jugé que la recourante était pleinement capable d'exercer n'importe quelle activité professionnelle. Or il résulte du rapport d'expertise que « *[l]'atteinte dépressivo-anxieuse évoluant parallèlement à l'atteinte algique attribuée à un trouble somatoforme ne s'amélior[ait] guère malgré les traitements tentés* », ce qui va dans le sens d'un pronostic négatif (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2). Il en est de même du fait que l'assurée évitait les contacts sociaux et ne

conservait que des relations « *très épisodiques* » avec les membres de sa famille, circonstances marquant un certain repli social (cf. TF 9C_569/2017 du 18 juillet 2018 consid. 5.4). Du reste, si sur le plan de la cohérence, l'expert a observé « *un clair décalage entre les plaintes et les constats cliniques surtout liées à des conduites régressives et l'invalidation en lien avec la problématique somatoforme* », il sied de mettre en avant que la recourante ne pratique plus aucun loisir ni hobbies et est partie une seule fois en vacances, en 2021. Aussi, cette inactivité peut suggérer une limitation uniforme dans les domaines de la vie (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4.1). Il convient encore de relever que l'expert ne s'est pas déterminé sur la question du caractère prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic s'agissant du syndrome somatoforme douloureux persistant (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1), alors que cette atteinte à la santé présuppose un degré de gravité inhérent (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1.1). La problématique des interactions entre les différentes comorbidités n'a pas non plus été traitée de manière approfondie (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3), quand bien même la Dre M._____ a soutenu que le trouble dépressif était « *entretenu par les douleurs tout autant que les douleurs [étaient] entretenues par le trouble dépressif* ».

c) Partant, au vu de ce qui précède, une pleine valeur probante ne saurait être reconnue au rapport d'expertise du centre d'expertises M._____, ce tant en raison de l'absence d'une étude circonstanciée des nombreux points litigieux que d'une évaluation peu crédible de la capacité de travail de la recourante, notamment eu égard aux exigences découlant de l'ATF 141 V 281. Il s'ensuit que c'est à tort que l'intimé s'est fondé sur cette pièce pour motiver la décision attaquée.

6. Il sied, au demeurant, de préciser que dans le rapport du 14 juillet 2025 du Service de rhumatologie du CHUV, il est fait mention d'un rapport spécifique des psychiatres ayant suivi l'assurée durant son hospitalisation multimodale. Ce dernier rapport n'a cependant pas été versé au dossier par la recourante. Néanmoins, dans la mesure où ses conclusions sont reprises dans le rapport du CHUV susmentionné et concordent avec les

observations de tous les médecins psychiatres, hormis celles du Dr J._____, il est renoncé à en demander la production.

7. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est généralement justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 139 V 99 consid. 1.1 ; 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) *In casu*, il appert que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire – ce dont ce dernier devait se rendre compte au moment où il a statué – et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause sur le litige. Il appartient, par conséquent, de renvoyer le dossier à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il revient, en premier lieu, d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Il incombera ainsi à l'OAI, après avoir complété son dossier notamment avec le rapport établi par les médecins psychiatres dans le cadre de l'hospitalisation multimodale au CHUV, de mettre en œuvre une expertise médicale neutre, comportant des volets en rhumatologie et en psychiatrie, voire un volet en neuropsychologie, ainsi qu'un volet en médecine interne, compte tenu de la nécessité d'une évaluation consensuelle de la capacité de travail de la recourante.

8. a) La recourante a sollicité la tenue de débats publics.

b) Le juge peut s'abstenir de mettre en œuvre des débats publics dans les cas prévus à l'art. 6 par. 1 CEDH, lorsque la demande est

abusive, chicanière, ou dilatoire, lorsqu'il apparaît clairement que le recours est infondé, irrecevable ou, au contraire, manifestement bien-fondé ou encore lorsque l'objet du litige porte sur des questions hautement techniques (ATF 141 I 97 consid. 5.1 ; TF 9C_601/2022 du 6 juin 2023 consid. 2.2 et les références).

c) Dans le cas présent, il résulte des considérations exposées ci-avant que le recours est manifestement bien-fondé, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de débats publics formulée par l'assurée.

9. La requête de suspension de la procédure jusqu'à droit connu sur la demande de curatelle déposée par la recourante le 30 janvier 2026 est sans objet, cette dernière ayant produit, le 3 juin 2026, la décision du 10 mars 2026 de la Justice de paix du district de l'Ouest lausannois instituant une curatelle de représentation et de gestion en sa faveur.

10. Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de compléter l'instruction, comme le requiert la recourante, par la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, une telle mesure d'instruction n'étant pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

11. a) En définitive, le recours doit être admis. La décision rendue le 6 janvier 2025 par l'intimé est annulée, la cause étant renvoyée à ce dernier pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil

(art. 61 let. g LPGA). Après examen de la liste des opérations déposée le 3 juin 2026 par Me Philippe Graf, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 5'600 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

La liste des opérations précitée ne peut pas être intégralement suivie. L'activité déployée dépasse, en effet, ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige.

d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 6 janvier 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à A. _____ une indemnité de 5'600 fr. (cinq mille six cents francs), à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Philippe Graf (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :