

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 avril 2026

Composition : M. TINGUELY, président
Mme Brélaz Braillard et M. Wiedler, juges
Greffière : Mme Matthey

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à Q***, recourante, représentée par Me Yero Diagne, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 16, 17 al. 1 et 49 al. 3 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 et 28a al. 1 LAI.

En fait :

A. B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le ***1963, a travaillé depuis 1983 en qualité d'ouvrière en préparation mécanique auprès de C. _____ SA, à S***.

Le 9 août 2012, elle a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), faisant état d'une atteinte pulmonaire existant depuis 2007, accompagnée d'une baisse de l'état général qui se péjorait avec les années, à l'origine d'une incapacité de travail totale du 2 février au 2 avril 2012 et d'une incapacité de travail de 50 % du 3 avril au 31 août 2012. Avec sa demande, elle a envoyé un rapport de l'inspecteur de sinistre de son assureur perte de gain, E. _____, daté du 21 mai 2012, dont il ressortait qu'elle avait été opérée en janvier 2007 de nodules à la gorge et qu'elle avait commencé à tousser fortement en mars 2007 ; les radiographies avaient montré des poumons noircis et la symptomatologie était la suivante : toux sèche qui apparaissait lors d'effort ou d'inhalation de produits forts comme le parfum, les produits ménagers du quotidien, la fumée, douleurs aux bronches sur la poitrine et dans le milieu du dos, mal de gorge et grosse fatigue. L'inspecteur du travail a noté qu'il suspectait une maladie professionnelle.

Le dossier de son assureur-accidents, la Caisse Z. _____ (ci-après : la Z. _____), a régulièrement été versé au dossier de l'OAI. Il en ressort en particulier que, le 20 novembre 2013, la Z. _____ a signifié à l'assurée qu'il acceptait son dossier à titre de maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) et qu'il lui allouait les prestations d'assurances légales à compter du 2 mars 2012. Selon l'appréciation médicale du médecin-conseil de la Z. _____ du 8 novembre 2013, l'intéressée présentait en effet des troubles neurologiques centraux qui pouvaient entrer dans le cadre d'une encéphalopathie toxique sur exposition chronique aux solvants organiques ; au vu de l'emploi de solvants chlorés (dichlorométhane) dans l'atelier durant 29 ans, le seuil de reconnaissance

de 75 % exigé par l'art. 9 al. 2 LAA semblait atteint, ce d'autant qu'aucune cause n'avait été trouvée après un bilan très approfondi.

Aux termes d'une attestation du 14 avril 2014, le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a certifié avoir suivi l'assurée du 18 mai au 27 novembre 2012, à cause d'une symptomatologie anxieuse et dépressive inscrite dans un contexte de fatigue chronique et de polyopathie somatique. Le traitement psycho-pharmacologique et psychothérapeutique de soutien avait eu un résultat mitigé, en raison d'une alexithymie importante.

Par rapport du 1^{er} mai 2014, le médecin du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a retenu à titre d'atteinte principale à la santé une hyperréactivité bronchique et des troubles neuropsychologiques (nette diminution des performances : attention, mémoire, fonctions exécutives) reconnus par la Z._____ comme résultants d'une atteinte cérébrale organique justifiant une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) et une capacité de travail de 50 % dans toute activité. Il a indiqué adhérer à cette position et a, en définitive, retenu que l'intéressée avait présenté une incapacité de travail totale dès le 2 février 2012 et qu'elle présentait une incapacité de travail de 50 % définitive depuis le 3 avril 2012, les limitations fonctionnelles étant les suivantes : « l'aération adéquate du poste de travail est impérative, activité ne demandant pas d'efforts physiques importants, travail simple et prédictible ». Au niveau psychiatrique, le médecin du SMR a estimé qu'en l'absence de remarques spécifiques des médecins de l'assurée concernant l'humeur et les limitations fonctionnelles, il n'était pas nécessaire d'instruire l'aspect psychiatrique.

Par projet de décision du 13 juin 2014, l'OAI a signifié à l'assurée son intention de lui octroyer une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} février 2013, compte tenu du fait qu'elle présentait une incapacité de travail de 50 % à l'échéance du délai d'attente d'une année, au 2 février 2013, et qu'elle poursuivait son activité professionnelle de monteuse d'instrument auprès de l'entreprise C._____ SA au taux de 50 % pour un

salaire à 50 %, le service de réadaptation de l'AI ayant estimé qu'un changement d'activité ne permettrait pas de réduire le préjudice économique ; le degré d'invalidité s'élevait donc à 50 %.

Par décision du 6 août 2014, la Z._____ a constaté que la poursuite d'un traitement médical ne permettait malheureusement pas d'améliorer l'état de santé de l'assurée ; elle lui a octroyé une rente d'invalidité fondée sur une incapacité de gain de 50 % dès le 1^{er} septembre 2014, ainsi qu'une IPAI de 50 %, correspondant à un montant de 63'000 francs.

Aux termes d'une décision du 27 août 2014, l'OAI a confirmé son projet de décision du 13 juin 2014 et fixé le montant mensuel de la demi-rente d'invalidité versée depuis le 1^{er} février 2013 à 983 francs.

B. Le 8 février 2022, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations à l'OAI, en raison d'atteintes à la colonne lombaire, au genou et au bras, en sus de celles déjà reconnues, engendrant une incapacité de travail totale depuis le 11 mars 2021.

Selon le questionnaire pour l'employeur soumis par l'OAI et rempli le 1^{er} mars 2022, l'assurée, qui travaillait pour l'entreprise C._____ SA depuis le 2 octobre 1983, exerçait divers travaux d'assemblage depuis le 15 août 2012 et était en incapacité de travail totale depuis le 12 mars 2021.

Dans un rapport daté du 25 février 2022 et parvenu à l'OAI le 11 mars suivant, le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic de trouble dépressif dû à une autre condition médicale, avec des caractéristiques dépressives (F06.31) ; les limitations fonctionnelles consistaient en un manque de concentration et des pleurs, l'intéressée déclarant mal dormir.

Aux termes d'un rapport du 13 mars 2022 à l'OAI, le Dr J._____, spécialiste en allergologie et immunologie clinique et en oto-

rhino-laryngologie, a fait état d'une péjoration aussi bien physique que psychique, notamment ensuite du licenciement de l'assurée après plus de trente ans d'activité auprès de son employeur. Il a attesté une incapacité de travail totale, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, le pronostic étant réservé. Avec son envoi, le Dr J._____ a en particulier joint les pièces suivantes :

- un rapport du 10 janvier 2022 du Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dont il ressortait que l'assurée avait subi une arthroscopie du genou gauche et méniscectomie interne partielle le 13 novembre 2020 et que l'évolution était défavorable avec une augmentation des douleurs ; la dernière infiltration avait eu un effet pendant environ deux mois. Le médecin précité a expliqué que l'IRM visualisait toujours une lésion de la corne postérieure du ménisque interne qui avait été bien diminuée par la première intervention ; il préconisait une nouvelle arthroscopie étant donné l'âge de la patiente, l'absence d'évolution et la mise en échec des traitements ;

- un rapport du 27 janvier 2022 du Service de chirurgie orthopédique de F._____, selon lequel l'assurée présentait une déchirure du ménisque interne de la corne postérieure du genou gauche, ayant nécessité une intervention chirurgicale le 21 janvier 2022 sous la forme d'une arthroscopie du genou gauche avec méniscectomie interne partielle complémentaire et trochléoplastie et infiltration de Depomedrol ; l'intervention s'était déroulée sans complication, les suites opératoires étant simples.

Dans un rapport du 12 avril 2022 à l'OAI, le Dr K._____ a posé le diagnostic de gonarthrose du genou gauche débutante. Il a estimé que la capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle était nulle, mais que sa patiente était capable de travailler à 100 % depuis ce jour dans une activité adaptée à la limitation fonctionnelle suivante : déambulation sur un grand périmètre.

Par rapport du 31 mai 2022 à l'OAI, le Dr L._____, spécialiste en rhumatologie, a posé le diagnostic de polyarthrose et tendinite couplés à un syndrome anxiodépressif ; à son sens, il était possible que sa patiente présente une fibromyalgie. Les limitations fonctionnelles consistaient en le port de charges de plus de cinq kilos, l'absence de marche et de position debout prolongée, pas de travail avec les membres supérieurs au-dessus de la tête.

Dans un rapport du 27 septembre 2022 à l'OAI, le Dr M._____, spécialiste en pneumologie et en médecine interne générale, a indiqué suivre régulièrement l'assurée depuis le 18 mai 2017 en raison d'une toux chronique, dans le cadre d'un asthme de début tardif, intermittent, et d'une probable hypersensibilité du réflexe de la toux. Il a en particulier exposé que les diagnostics pneumologiques n'avaient pas d'incidence directe sur la capacité de travail, mais que l'asthme devait être pris en compte, surtout au vu des altérations fonctionnelles actuelles ; le syndrome obstructif léger dont souffrait l'intéressée pouvait induire une dyspnée d'effort.

Selon un avis du 18 octobre 2022, la médecin du SMR a exposé qu'il n'existait pas d'élément suggérant une aggravation de l'état de santé en ce qui concernait les atteintes à l'origine de la rente (hyperréactivité bronchique et troubles cognitifs sur encéphalopathie toxique). En revanche, l'assurée présentait de nouvelles atteintes sur le plan ostéo-articulaire, avec une première opération du genou gauche le 13 novembre 2020 après laquelle l'évolution semblait avoir été difficile, dans un contexte de conflit avec l'employeur et de licenciement. L'évolution après la deuxième opération du 21 janvier 2022 apparaissait nettement plus favorable. La médecin du SMR a relevé qu'en parallèle, l'intéressée présentait des douleurs diffuses, une fatigue et un syndrome dépressif avec un diagnostic de fibromyalgie pour lequel les critères seraient remplis selon le Dr L._____. Elle a préconisé la poursuite de l'instruction de la demande.

Dans un rapport du 23 octobre 2022 à l'OAI, le Dr J._____ a fait état d'une péjoration globale de l'état de santé aussi bien au niveau

somatique que psychologique depuis le mois de mars 2021. Il a requis que sa patiente soit mise au bénéfice d'une rente d'invalidité totale.

Aux termes d'un rapport établi le 25 octobre 2022 à l'attention de l'OAI, le Dr G._____ a posé le diagnostic de réaction dépressive prolongée (F43.21) depuis deux ans, les symptômes consistant en de l'anxiété et parfois des insomnies, ainsi que des crises d'anxiété et un manque de concentration. Il a estimé la capacité de travail de sa patiente à 0 % du 9 juin 2022 au 22 août 2022, l'assurée ayant repris le travail depuis le 23 août 2022 (sic).

Par avis du 10 novembre 2022, la médecin du SMR a relevé que, contrairement à ce que le psychiatre traitant semblait croire, l'assurée n'avait pas été réengagée et n'avait pas repris d'activité professionnelle en août 2022. Après analyse des éléments au dossier, elle a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire avec volets de médecine interne, de rhumatologie, de pneumologie et de psychiatrie.

L'OAI a, par conséquent, confié la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire au centre médical d'expertises N._____ (ci-après : le N._____). L'assurée y a été examinée le 24 mars 2023 par le Dr P._____, spécialiste en rhumatologie, et le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale, le 13 avril 2023 par le Dr U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr A._____, spécialiste en pneumologie, et le 5 mai 2023 par Mme T._____, neuropsychologue. Aux termes de leur évaluation consensuelle du 13 juin 2023, les experts ont émis l'appréciation suivante :

« 4.3. Diagnostics pertinents avec brève description des limitations fonctionnelles résultant des constatations

- Fibromyalgie, M79.7
- Douleurs du genou gauche à la suite de 2 interventions pour ménissectomie dont l'examen de ce jour est normal, M25.56
- Douleurs du genou droit, dont l'examen de ce jour est également normal, M25.56
- Toux chronique sur hypersensibilité pharyngolaryngée, dysphonie hyperfonctionnelle et hyperactivité bronchique, R05
- Asthme anamnestique, J45.9

- Encéphalopathie toxique sur exposition chronique ancienne aux solvants organiques avec fatigue et trouble mnésique, G97
- Trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, F43.21
- Obésité exogène, E66
- Hypertension artérielle traitée, I10
- Hypothyroïdie substituée, E04.1
- Status après cholécystectomie par laparoscopie pour cholélithiase en 2005 et status après hystérectomie totale et ovariectomie unilatérale en 2004

Limitations

Pas de limitation pour la *médecine interne générale*.

Pas de limitation pour la *neuropsychologie*.

Limitations *pneumologiques* : dyspnée au moindre effort. Toux chronique et fatigue. La toux représente en particulier un obstacle à l'exercice d'une activité impliquant des contacts sociaux ou verbaux fréquents (réceptionniste ou téléphoniste).

Limitations *rhumatologiques* : pas de position à genoux et accroupie maintenue ; éviter les montées et les descentes d'escaliers répétées ; pas de travail en hauteur ; pas d'utilisation d'engins vibrants ; changement de position régulier.

Limitations *psychiatriques* : activité répétitive maîtrisée sans sollicitation intellectuelle ; fatigue et fatigabilité objectivées.

4.4. Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence, des facteurs pesants et des ressources

Il n'y a pas d'aspect lié à la personnalité ayant une incidence.

Ressources : madame B. _____ peut planifier et structurer les tâches, elle a toujours préféré être dans la maîtrise. Elle s'adapte facilement aux règles et aux routines. Elle respecte la hiérarchie et est capable de travailler en groupe, de s'adapter à différentes situations par le passé, mais elle préfère la maîtrise, car elle est assez anxieuse depuis toujours. L'expertisée n'a pas de diplôme, n'utilise pas l'informatique, ne sait pas lire ni écrire, mais elle a une longue expérience professionnelle. Activités spontanées et persévérance sont maintenues. Elle est capable de dire « non ».

Les rapports avec la famille et les intimes sont excellents. Elle évolue au sein d'une famille très unie. Les rapports sont excellents avec son mari et ses enfants et elle est inscrite dans une dimension de couple positive. Elle est autonome pour les soins à sa personne. L'expertisée ne possède pas le permis de conduire.

4. 5. Motivation de la capacité de travail globale

La motivation est d'origine psychiatrique, rhumatologique et pneumologique.

4. 6. Capacité ou incapacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

La capacité de travail est de 100% pour la médecine interne générale.
La capacité de travail est de 100% pour la neuropsychologie.

La capacité de travail est de 50% depuis la décision de l'AI du 27.08.2014 pour la pneumologie.

La capacité de travail est de 100% avec baisse de rendement de 20% pour la rhumatologie.

La capacité de travail est de 100% jusqu'en juillet 2013 pour la psychiatrie. Depuis cette date, la capacité de travail est de 100% avec diminution de rendement de 30% avec une capacité résiduelle de travail à 70%.

En conclusion :

Le consensus est : capacité de travail à 50% sans changement depuis la décision de l'AI du 27.08.2014.

4.7. Capacité ou incapacité de travail dans une activité adaptée

Idem pour les 5 disciplines.

4.8. Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

Une nouvelle tentative de traitement logopédique devrait être entreprise prochainement au CHUV.

Il n'existe par ailleurs aucun traitement de l'encéphalopathie toxique. »

Dans un rapport du 15 juin 2023 du Service de réadaptation de l'AI, la collaboratrice de l'OAI a indiqué que la capacité de travail de l'assurée s'élevait toujours à 50 %, avec toutefois des limitations fonctionnelles supplémentaires. A son sens, l'activité habituelle ne semblait plus adaptée, et il convenait de calculer le préjudice économique.

Par avis du 15 juin 2023, la médecin du SMR a fait état de ce qui suit :

« Le SMR considère que l'expertise est conforme aux exigences de qualité en vigueur et est convaincante. Ses conclusions peuvent être suivies.

Par rapport à 2013, la situation est globalement similaire. Même si le rapport final SMR de 2013 ne mentionne pas la fibromyalgie, ce diagnostic est connu depuis 2009 ; il n'est pas nouveau et participe clairement à l'ensemble du tableau, y compris celui qui prévalait en 2013.

De même que l'atteinte psychiatrique avec une fatigabilité au premier plan, est sans modification depuis 2013, même si à l'époque, elle a plutôt été attribuée à l'encéphalopathie toxique.

Comparativement à 2013, il n'est pas possible d'objectiver une atteinte cognitive organique, tant l'examen neuropsychologique réalisé dans le cadre de l'expertise du N. _____ est incohérent. Par

rapport au diagnostic d'Encéphalopathie toxique sur exposition chronique ancienne aux solvants organiques nous sommes d'avis qu'il n'est pas possible de l'exclure formellement sur la base de cet examen mais il n'est pas non plus possible de l'objectiver. Quoiqu'il en soit, les répercussions de la fibromyalgie et des aspects psychiatriques ont été analysés conformément à la jurisprudence en vigueur. Nous avons déjà vu qu'il y avait d'importantes discordances sur le plan rhumatologique et neuropsychologique et entre le handicap allégué et les constatations objectives. L'assurée conserve de nombreuses ressources. La situation est globalement similaire à celle qui prévalait en 2013 et la CT [capacité de travail] est inchangée depuis lors. »

Dans une communication du 22 juin 2023, l'OAI a signifié à l'assurée qu'il avait examiné son degré d'invalidité et que celui-ci n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente, de sorte qu'elle continuerait de bénéficier d'une demi-rente d'invalidité. Au pied de cette communication, l'office précité indiquait qu'en cas de désaccord avec la présente, il lui était loisible de demander par écrit une décision.

Le 13 juillet 2023, l'assurée a adressé à l'OAI un courrier dont la teneur est la suivante :

« Comme mentionné dans votre lettre, j'aimerais recevoir la décision par écrit avec l'argumentation y relative concernant mon dossier. En effet, au vu de l'évolution de mes différents symptômes je ne comprends pas comment vous avez décidé que mon degré d'invalidité n'avait pas évolué. Est-il possible via cette lettre de faire recours de cette décision ou dois-je passer par une autre entité de votre service ? »

Le 19 juillet 2023, l'OAI a accusé réception de la contestation de l'assurée du 13 juillet 2023 et lui a accordé un délai pour produire tous les éléments, en particulier des rapports médicaux détaillés, susceptibles de lui permettre de revoir sa position.

Le 6 septembre 2023, le Dr J._____ a transmis à l'OAI plusieurs rapports médicaux.

Par avis du 6 octobre 2023, la médecin du SMR a relevé que les rapports médicaux produits par l'assurée n'étaient pas de nature à modifier les conclusions du SMR du 15 juin 2023.

Par courrier intitulé « prise de position concernant votre contestation » du 6 octobre 2023, l'OAI a indiqué à l'assurée que la situation était comparable à celle évaluée par le N._____ et que sa contestation n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bienfondé de sa position. Dès lors, sa communication du 22 juin 2023 devait être entièrement confirmée.

Le 23 février 2024, le Dr J._____ a transmis à l'OAI divers rapports médicaux.

Le 1^{er} mars 2024, l'OAI a accusé bonne réception du courrier du Dr J._____ et requis de l'assurée qu'elle dépose une demande de révision formelle si elle souhaitait qu'il réexamine une nouvelle fois son droit à des mesures professionnelles et à une rente plus élevée.

Le 7 mars 2024, l'assurée a retourné à l'OAI le questionnaire de révision de la rente, faisant état d'une aggravation de son état de santé.

Répondant le 8 avril 2024 au questionnaire soumis par l'OAI, qui a repris l'instruction du dossier, le Dr L._____ a posé le diagnostic de fibromyalgie, les symptômes consistant en des algies diffuses et un syndrome dépressif sévère. A son sens, l'état de santé de sa patiente était incompatible avec toute forme d'activité professionnelle.

Aux termes d'un rapport du 18 avril 2024 à l'OAI, le Dr M._____ a indiqué que la situation n'avait pas beaucoup évolué depuis le mois de septembre 2022, de sorte que l'office précité pouvait se référer à son courrier du 27 septembre 2022. Le pneumologue a en outre transmis l'ensemble de ses rapports médicaux au médecin traitant.

Le 16 mai 2024, le Dr K._____ a transmis à l'OAI les pièces suivantes :

- un rapport du 14 mars 2024 au médecin traitant, par lequel il a indiqué que la patiente l'avait consulté pour un nouvel incident qui s'était déclenché trois mois auparavant avec un lâchage de la cheville à gauche nécessitant une surcharge sur le genou droit, créant des douleurs diurnes et nocturnes au compartiment interne. Suspectant une lésion méniscale, il a préconisé la réalisation d'une IRM ;

- un rapport du 6 mai 2024 au médecin traitant, dans lequel il a déclaré avoir revu la patiente après la réalisation d'une IRM du côté controlatéral, laquelle avait confirmé la présence d'une déchirure complexe à composante oblique du corps et de la corne postérieure du ménisque interne, avec un œdème osseux sous-jacent. Les douleurs étaient extrêmement fortes, à l'origine de chutes, et la réveillaient la nuit. Le Dr K._____ a proposé d'opérer l'assurée au mois de juin 2024 ; il était du reste fort possible qu'une implantation de prothèse totale de genou soit envisagée par la suite.

Dans un rapport établi le 23 juillet 2024 à l'OAI, le Dr X._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a posé le diagnostic de toux chronique multifactorielle (asthme début tardif, hypersensibilité pharyngologique). Il a indiqué ne pas être en mesure de répondre aux questions relatives à la capacité de travail de l'intéressée.

Aux termes d'un rapport du 31 août 2024 à l'OAI, le médecin traitant de l'assurée a estimé que celle-ci était totalement incapable de travailler, quelle que soit l'activité ; son état de santé s'aggravait et elle présentait des douleurs généralisées et un état dépressif. Le pronostic était mauvais. Avec son envoi, le Dr J._____ a notamment joint les documents suivants :

- un rapport établi le 13 août 2024, par lequel les Drs W._____, chef de clinique à la Consultation de médecine physique et réhabilitation du

Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV), et Y._____, médecin assistant, ont relevé que l'assurée présentait des douleurs rachidiennes cervico-dorso-lombaires ainsi que des tendinopathies dégénératives des moyen et petit fessiers ; ce tableau douloureux intervenait dans un contexte de déconditionnement physique, dont certains facteurs psychosociaux participaient à la symptomatologie (par exemple, la situation conflictuelle avec l'OAI) ; les médecins du CHUV ont préconisé une prise en charge pluridisciplinaire, sous forme de séances de physiothérapie, d'ergothérapie et de chiropraxie ;

- un rapport du 14 août 2024, par lequel le Dr K._____ a indiqué que l'assurée avait séjourné au Service de chirurgie orthopédique de F._____ du 4 au 5 juin 2024 pour y subir une arthroscopie diagnostique et une méniscectomie partielle du ménisque interne à droite.

Par courrier électronique du 4 octobre 2024 à l'OAI, l'institution de prévoyance de l'assurée, BM._____ SA (ci-après : la Mobilière), s'est référée à la lettre d'opposition de cette dernière du 13 juillet 2023 et a invité l'office à lui indiquer l'état actuel de ses investigations et à lui transmettre une copie de ses communications et de sa décision.

Le 15 octobre 2024, l'OAI a répondu à l'institution de prévoyance de l'assurée que la contestation était toujours en cours d'instruction.

Dans un avis du 17 octobre 2024, la médecin du SMR a noté que la demande de révision de l'assurée datait du 23 février 2024. D'après elle, l'instruction de cette demande mettait en évidence une situation essentiellement stationnaire, malgré certaines fluctuations de l'état de santé. Les conclusions du SMR du 15 juin 2023 restaient donc parfaitement d'actualité avec une capacité de travail résiduelle de 50 % ; l'incapacité de travail transitoire, ensuite de l'aggravation de la méniscopathie du genou droit, était estimée à moins de trois mois et ne remettait pas en cause cette évaluation.

Par projet de décision du 17 octobre 2024, l'OAI a signifié à l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de révision de rente d'invalidité. Il a relevé qu'en date du 23 février 2024, l'intéressée avait déposé une demande de révision en raison d'une aggravation de son état de santé, mais qu'après examen des pièces médicales reçues, il ressortait que l'aggravation de l'état de santé n'avait pas été rendue vraisemblable. L'OAI a donc estimé qu'une demi-rente d'invalidité devait continuer à être versée à l'assurée.

Dans un courrier du 31 août 2024, Me Yero Diagne, avocat à Lausanne, a annoncé être constitué par l'assurée.

Le 18 novembre 2024, l'assurée, par son conseil, a fait valoir ses objections à l'encontre du projet de décision du 17 octobre 2024. Tout d'abord, elle a rappelé que la présente procédure de révision avait été initiée le 8 février 2022 en raison d'une aggravation de son état de santé depuis son incapacité de travail à 100 % continue survenue en mars 2021 ; cette procédure n'avait en effet jamais été close par une décision sujette à recours, le courrier du 6 octobre 2023 ne constituant qu'une simple communication. Ensuite, l'intéressée a relevé qu'elle avait déjà rendu vraisemblable une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision de 2014 qui avait admis un degré d'invalidité de 50 %, puisque l'OAI était entré en matière sur sa demande de révision et avait mis en place des mesures d'instruction. Elle a d'ailleurs souligné que l'expertise réalisée par le N._____ avait retenu les diagnostics de fibromyalgie, de douleurs des genoux, d'asthme anamnétique, ainsi que de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, entraînant d'importantes limitations fonctionnelles. A cela s'ajoutait que ses médecins traitants faisaient état d'une incapacité de travail totale quelle que soit l'activité, l'activité habituelle étant déjà des plus simples (petit assemblage mécanique/emballage/réglage, sans port de charge, dans une pièce seule). Puis, l'assurée a critiqué l'expertise du 13 juin 2023 du N._____, et en particulier son volet neuropsychologique, qui n'avait pas retenu de diagnostic incapacitant ni de limitation fonctionnelle au motif que l'examen s'était révélé inexploitable. A son sens, des atteintes neuropsychologiques

avaient dûment été mises en évidence compte tenu de son encéphalopathie toxique sur exposition chronique aux solvants organique en 2013, de sorte que le volet neuropsychologique de l'expertise du 13 juin 2023 n'était pas probant et qu'une nouvelle expertise, ou un nouvel examen neuropsychologique à tout le moins, devait être effectuée. L'assurée a en outre invoqué une nouvelle aggravation de son état de santé depuis l'expertise menée en 2023. Par ailleurs, elle a relevé que l'intimé aurait dû analyser la situation sous l'angle de la jurisprudence pour les assurés proches de l'âge de la retraite, puisqu'elle se trouvait déjà dans sa soixantième année au moment de l'expertise N. _____ de 2023. Du reste, un abattement de 20 % devrait être retenu, pour le cas où l'on devait calculer son revenu d'invalidé.

Avec son envoi, l'assurée a en particulier produit un rapport établi le 25 octobre 2024, dans lequel la Dre Q. _____, médecin cheffe au Département de Médecine de F. _____, a exposé que l'intéressée avait été hospitalisée dans son département du 11 au 17 septembre 2024 en raison de douleurs basithoraciques d'origine inconnue.

Le 27 février 2025, l'assurée, sous la plume de son conseil, a complété ses objections, en faisant valoir que son état de santé ne lui permettait pas de travailler. Pour appuyer sa position, elle a produit les pièces suivantes :

- un rapport du 11 février 2025, dans lequel le Dr G. _____ a répondu aux questions du conseil de l'assurée. Il a en particulier posé le diagnostic de trouble dépressif dû à une autre condition médicale, avec des caractéristiques dépressives (syndrome polyalgique ; F06.31). Face au volet neuropsychologique de l'expertise du N. _____ et aux tests considérés comme invalides, le psychiatre a estimé qu'il convenait de répéter les tests, éventuellement en utilisant également des tests projectifs supplémentaires. Il a en outre expliqué que le problème psychiatrique de l'intéressée était une conséquence réactive de la gravité des troubles physiques, lesquels n'étaient au demeurant pas bien traités, en témoignaient les résultats des

analyses de laboratoire réalisée à l'occasion de l'expertise du N._____, ce qui n'était pas en faveur de l'assurée ;

- un questionnaire médical auquel le Dr K._____ a répondu le 13 février 2025, expliquant que le diagnostic de troubles dégénératifs des genoux, soit une arthrose débutante, se manifestant par des déchirures méniscales, n'avait pas été pris en compte par les experts du N._____ ; le médecin précité a insisté sur le fait que la symptomatologie relative à ces troubles se superposait à la fibromyalgie, ces deux maladies étant bien distinctes. Il a en outre jugé que les conclusions de l'expertise rhumatologique - à savoir une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 20 % - étaient sévères ; selon lui, la capacité de travail de sa patiente s'élevait à 25 % au vu de tous les éléments survenus depuis 2020, la situation n'étant plus comparable à celle qui prévalait en 2014.

Par avis du 26 mars 2025, la médecin du SMR a retenu que les rapports transmis dans le cadre de la procédure d'audition n'apportaient aucun argument clinique objectif et nouveau ni d'élément suggérant une aggravation durable depuis l'expertise du N._____ de 2023. Les limitations fonctionnelles prises en compte lors de cette expertise, ainsi que les capacités de travail retenues, restaient parfaitement valables. La médecin du SMR a souligné que les divergences d'évaluation émanant des Drs K._____ et J._____ relevaient d'une appréciation différente d'une situation connue et globalement stable sur le plan objectif, sans élément clinique ou radiologique nouveau. Dès lors, les conclusions de l'avis SMR du 17 octobre 2024 restaient pleinement d'actualité.

Par décision du 26 mars 2025, l'OAI a rejeté la demande d'augmentation de la rente d'invalidité présentée par l'assurée, pour les motifs figurant dans le précédent projet de décision.

C. Par acte du 8 mai 2025, B._____, représentée par Me Yero Diagne, a interjeté un recours à l'encontre de la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente

d'invalidité entière dès le 1^{er} février 2022, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants. Elle a en outre requis, à titre de mesure d'instruction, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, à tout le moins sous l'angle neuropsychologique et rhumatologique. En substance, la recourante s'est plainte d'une violation de son droit d'être entendue et du principe inquisitoire, au motif que l'intimé n'avait répondu, dans la décision litigieuse, qu'au seul grief médical, en ne répondant pas aux autres griefs invoqués. Sur le fond, elle a réitéré les arguments présentés dans ses objections du 18 novembre 2024. Pour étayer ses dires, la recourante a produit des pièces figurant déjà au dossier.

Par réponse du 18 juillet 2025, l'intimé a estimé que l'écriture du 6 octobre 2023 confirmant la communication du 22 juin 2023 constituait une décision entrée en force qui devait être considérée comme le point de départ temporel pour la comparaison des états de fait déterminants s'agissant de la demande de révision de 2024. Il a confirmé être entré en matière sur la demande de révision de 2024, avoir instruit le dossier en recueillant une série de pièces médicales, et être arrivé à la conclusion qu'il n'était amené aucun argument clinique objectif nouveau ni élément suggérant une aggravation durable postérieurement à l'expertise du N. _____ de 2023. Dans l'hypothèse où la Cour de céans devait estimer que la dernière décision en force pertinente pour procéder à la comparaison des états de fait était celle du 27 août 2014, l'intimé a expliqué être d'avis que la décision litigieuse du 26 mars 2025 devait être confirmée dans son résultat, la situation médicale étant restée globalement inchangée pour la période courant de 2014 à l'expertise de 2023, ainsi que pour la période postérieure à l'expertise jusqu'à la décision litigieuse.

Par réplique du 18 septembre 2025, la recourante, sous la plume de son conseil, a maintenu sa position, considérant que l'argument de l'intimé selon lequel la communication du 6 octobre 2023 constituait une décision informelle n'était pas soutenable. Elle a en outre insisté sur le fait que son activité habituelle, des plus simples (petit assemblage mécanique/emballage/réglage, sans port de charge), n'était plus adaptée à

son état de santé actuel, ce qui avait été reconnu par le Service de réadaptation de l'OAI dans son rapport du 15 juin 2023. La recourante a encore produit les pièces suivantes :

- un rapport du 15 juillet 2025 adressé à son médecin traitant, par lequel la Dre H._____, médecin assistante à F._____, a indiqué qu'elle avait consulté les urgences le 12 juillet 2025 en raison d'une douleur thoracique ;

- un rapport établi le 17 juillet 2025 à l'attention de son médecin traitant, dans lequel le Dr O._____, spécialiste en angiologie, a posé les diagnostics vasculaires d'absence de thrombose veineuse profonde et superficielle au niveau des membres inférieurs (notamment à gauche) et d'insuffisance veineuse chronique de stade C2 sur varices jambières, sans incontinence des veines saphènes à gauche et avec une incontinence de la grande veine saphène à droite ; le médecin précité a suggéré d'arrêter l'anticoagulation ;

- un courrier électronique du 16 septembre 2025 à son conseil, par lequel le Dr K._____ a attesté que sa patiente souffrait d'un certain degré d'arthrose, insuffisante pour être révélée sur les radiographies standards, mise en évidence sur l'IRM du genou droit en avril 2024 et lors des arthroscopies. A son avis, il était nécessaire que l'ensemble de la situation soit réévalué en prenant en compte cette atteinte supplémentaire.

Par duplique du 23 octobre 2025, l'intimé a maintenu sa position, renvoyant à l'avis rendu le 20 octobre 2025 par le SMR, joint à son envoi, dont il ressortait ce qui suit :

« Au vu des nouvelles pièces (...), aucune aggravation objectivable et durable de l'état de santé n'est mise en évidence depuis la décision du 06.10.2023. L'IRM du 10.04.2024 confirme une méniscopathie/arthrose débutante du genou droit, déjà intégrée dans l'évaluation des LF [limitations fonctionnelles] de 2023 ; l'aggravation consécutive à l'arthroscopie du 04.06.2024 est transitoire. L'épisode vasculaire suspecté en 07.2025 a été finalement exclu et sans séquelle. Sur le plan psychiatrique, la symptomatologie demeure réactionnelle, d'intensité limitée, avec mauvaise observance, sans IT

[incapacité de travail] psychiatrique actuelle documentée. Les griefs neuropsychologiques et rhumatologiques ne s'appuient pas sur des éléments objectifs nouveaux postérieurs aux évaluations déjà prises en compte.

En conséquence, la CT résiduelle de 50 % (horaire et rendement confondus) retenue depuis 2012 reste valable, et les LF listées par REA [service de réadaptation de l'AI] le 21.06.2023 demeurent pertinentes et suffisantes pour encadrer l'exigibilité. Nous nous rallions à la position du 18.07.2025 de la Juriste :

- Situation stationnaire entre 06.10.2023 et 26.03.2025
- et, par surabondance, **globalement similaire** entre 27.08.2014 et 26.03.2025. »

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. En premier lieu, il sied de déterminer l'objet du litige.

a) En effet, par la décision attaquée, rendue à la suite de la demande déposée par la recourante le 23 février 2024, l'intimé a examiné si un changement des circonstances déterminantes s'était produit depuis le 6 octobre 2023, date à laquelle il aurait selon lui définitivement écarté la première demande de révision que la recourante avait présentée le 8 février 2022.

La recourante conteste cette approche. Elle estime que sa demande de révision du 8 février 2022 n'a pas fait l'objet d'une décision formelle au sens de l'art. 49 LPGA, la « prise de position » de l'intimé du 6 octobre 2023, qui lui avait été communiquée personnellement, ne pouvant pas être considérée comme une décision au sens de la disposition précitée. Dans ce contexte, selon la recourante, son recours porterait en réalité sur la demande de révision initiée le 8 février 2022, et il conviendrait d'examiner si un changement important des circonstances s'était présenté, non pas depuis le 6 octobre 2023, mais depuis le 27 août 2014, date à laquelle l'intimé avait rendu la décision reconnaissant son droit à une demi-rente à compter du 1^{er} février 2013.

b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2022), 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, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. 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. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait 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 – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2).

Lorsque la comparaison des états de fait déterminants dans le temps met en évidence une modification des circonstances pertinentes, le

droit à la rente doit être examiné à nouveau sous tous ses aspects factuels et juridiques, sans que des évaluations antérieures revêtent un caractère obligatoire. Il n'est pas nécessaire que ce soit l'élément de fait qui s'est modifié qui conduise à fixer différemment le droit à la rente ; selon la jurisprudence, il suffit qu'à la suite de la modification d'une circonstance, un autre élément déterminant résultant de l'examen complet du droit à la prestation entraîne une augmentation, une diminution ou une suppression de la rente (ATF 141 V 9 consid. 2.3). Par exemple, en présence d'un changement de l'état de santé de la personne assurée, une modification (hypothétique) de la répartition du champ des activités lucrative et habituelle conduisant à un autre degré d'invalidité est prise en considération pour évaluer le droit aux prestations. En dépit de cette formulation large du motif de révision, celle-ci ne saurait être effectuée à l'occasion de n'importe quel changement factuel chez la personne assurée ; il faut que la modification soit telle qu'elle serait susceptible de se répercuter sur le droit aux prestations en cours dans la mesure prévue par l'art. 17 al. 1 LPGA (TF 9C_378/2014 du 21 octobre 2014 consid. 4.2). À défaut, la révision pourrait être envisagée sans condition et la rente modifiée à n'importe quel moment, ce qui ne correspond pas à l'institution de la révision telle que prévue à l'art. 17 LPGA (sur le tout : Moser-Szeless/Castella, Commentaire romand, LPGA, 2^e éd., 2025, n° 27 *ad* art. 17 LPGA).

Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

L'augmentation de la rente prend effet, si la révision a été demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (art. 88bis al. 1 let. a RAI).

c) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressée n'est pas d'accord. Selon le

même article, les décisions indiquent les voies de droit ; elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties ; la notification irrégulière ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé.

L'art. 74 RAI prévoit quant à lui que, l'instruction de la demande achevée, l'office AI se prononce sur la demande de prestations (al. 1). La motivation tient compte des observations qui ont été faites par les parties sur le préavis, pour autant qu'elles portent sur des points déterminants (al. 2). Selon l'art. 74ter let. f RAI, si les conditions permettant l'octroi d'une prestation sont manifestement remplies et qu'elles correspondent à la demande de l'assuré, les prestations suivantes peuvent être accordées ou prolongées sans notification d'un préavis ou d'une décision : les rentes et les allocations pour impotent à la suite d'une révision effectuée d'office, pour autant qu'aucune modification de la situation propre à influencer le droit aux prestations n'ait été constatée. L'office AI communique par écrit à l'assuré les prononcés rendus selon l'art. 74ter et lui signale qu'il peut, s'il conteste le prononcé, exiger la notification d'une décision (art. 74quater al. 1 RAI).

d) En l'espèce, la recourante doit être suivie dans son raisonnement.

aa) Il est en effet constant que, le 8 février 2022, la recourante avait sollicité une révision de la demi-rente d'invalidité dont elle bénéficiait depuis le 1^{er} février 2013, en vertu de la décision rendue par l'intimé le 27 août 2014. La recourante s'était alors prévalu de nouvelles atteintes, en particulier d'ordre rhumatologique et orthopédique (« colonne lombaire, genou et bras »), en sus de celles déjà reconnues en 2014 sur le plan pneumologique et neuropsychologique (hyperréactivité bronchique et troubles neuropsychologiques [nette diminution des performances : attention, mémoire, fonctions exécutives] ; cf. rapport SMR du 1^{er} mai 2014). Elle a expliqué à cet égard s'être trouvée en incapacité de travail totale depuis le 11 mars 2021.

bb) Après instruction, soit en particulier à la suite de l'expertise effectuée le 13 juin 2023 par le N. _____ ainsi que de l'avis médical du SMR du 15 juin 2023, l'intimé a adressé à la recourante, le 22 juin 2023, une communication par laquelle il l'a informée ne pas avoir constaté de changement propre à influencer son droit à la rente, de sorte qu'elle continuerait de bénéficier d'une demi-rente. Il y était en outre précisé qu'en cas de désaccord, il était loisible à la recourante de demander une décision.

Par courrier du 13 juillet 2023, la recourante, agissant alors personnellement, a demandé à l'intimé une décision comprenant « l'argumentation y relative », indiquant ne pas comprendre comment il avait été décidé que son degré d'invalidité n'avait pas été modifié, compte tenu de « l'évolution de [s]es différents symptômes ». À cette suite, par courrier du 19 juillet 2023, l'intimé a indiqué à la recourante que, dans la procédure de contestation, il lui appartenait de lui fournir tous les éléments, en particulier des rapports détaillés, susceptibles de lui permettre de revoir la position qu'il avait exprimée dans sa communication du 22 juin 2023 ; à réception de ces éléments, le dossier serait une nouvelle fois examiné et une décision lui serait notifiée.

Dans son avis du 6 octobre 2023, le SMR a procédé à l'examen des rapports médicaux produits par la recourante ensuite de l'avis du 19 juillet 2023. Il en a déduit que ces documents n'étaient pas de nature à modifier ses précédentes conclusions formulées le 15 juin 2023, lesquelles restaient d'actualité. Le même 6 octobre 2023, l'intimé, se fondant sur cet avis médical, a adressé à la recourante une « prise de position », par laquelle il a estimé que la situation était comparable à celle évaluée par les experts en juin 2023.

cc) Comme le soutient la recourante, la « prise de position » de l'intimé ne saurait être assimilée à une décision au sens de l'art. 49 LPGA, ne serait-ce qu'en raison de son intitulé, mais surtout à défaut pour cette communication de comporter une indication des voies de recours (cf. art. 49 al. 3 LPGA). Cette indication apparaissait d'autant plus utile et nécessaire en l'espèce, dès lors que, le 13 juillet 2023, la recourante, agissant alors

sans l'assistance d'un mandataire professionnel, avait sollicité une décision sujette à recours, s'étant à cet égard spécifiquement enquis de la manière de procéder pour contester utilement la position exprimée par l'intimé.

A cela s'ajoute que l'on ne se trouvait pas dans le cadre d'une révision d'office, lors de laquelle il aurait été constaté que les conditions d'octroi d'une prestation étaient manifestement remplies et correspondaient à la demande de l'assurée, de sorte que l'OAI ne pouvait légitimement pas prolonger le droit à la rente de l'assurée sans notification d'une décision au sens de l'art. 74ter let. f RAI.

Il apparaît de surcroît que l'intimé a lui-même entretenu une certaine confusion quant au point de savoir si la demande de révision du 8 février 2022 avait valablement fait l'objet d'une décision entrée en force. Ainsi, alors que, le 4 octobre 2024, l'assureur privé BM._____ avait demandé à l'intimé de lui indiquer « où en était la procédure d'opposition de l'assurée du 13 juillet 2023 », il lui avait répondu, le 15 octobre 2024, que « la contestation [était] toujours en cours d'instruction ».

dd) Cela posé, il faut en déduire qu'à défaut pour la demande de révision du 8 février 2022 d'avoir fait l'objet d'une décision entrée en force, l'objet du litige se rapporte en l'espèce au point de savoir si l'intimé était en droit de nier, à la date de la décision attaquée – soit le 26 mars 2025 –, une péjoration de l'état de santé de la recourante depuis la dernière décision entrée en force, à savoir en l'occurrence depuis celle du 27 août 2014, par laquelle le droit à une demi-rente d'invalidité a été reconnu à la recourante (degré d'invalidité : 50 %).

3. Dans un grief de nature formelle qu'il convient de traiter en premier lieu, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendue, au motif que l'intimé n'a, dans sa décision litigieuse, répondu qu'au seul grief médical au sujet de sa capacité de travail et de ses limitations fonctionnelles, sans se pencher sur les autres griefs invoqués dans ses objections du 18 novembre 2024 (procédure de révision de 2022 et non de 2024, aggravation dès le mois de mars 2021 et absence de

capacité de travail dans l'activité habituelle comme dans toute autre activité, application de la jurisprudence pour les assurés proches de l'âge de la retraite, absence de calcul du préjudice, avec abattement).

a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 150 III 1 consid. 4.5 ; 149 V 156 consid. 6.1; 147 IV 249 consid. 2.4 ; 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 144 I 11 consid. 5.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.2).

Selon la jurisprudence, une violation du droit d'être entendu est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours pouvant contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée, à condition toutefois que l'atteinte aux droits procéduraux de la partie lésée ne soit pas particulièrement grave, de sorte qu'il n'en résulte aucun préjudice pour le justiciable (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 133 I 201 consid. 2.2 ; TF 8C_414/2015 du 29 mars 2016 consid. 2.3).

b) En l'occurrence, s'il est vrai que la décision rendue le 26 mars 2025 ne se positionne pas sur l'ensemble des griefs présentés par l'assurée dans le cadre de la procédure de contestation administrative, force est toutefois de constater que le raisonnement opéré par l'intimé ayant mené à la décision contestée est compréhensible. La recourante, par son conseil, a, d'ailleurs, été en mesure de faire valoir l'ensemble de ses moyens par-devant l'autorité de céans, de sorte que rien ne laisse à penser qu'elle n'aurait pas compris les enjeux de l'affaire ou n'aurait pas été en mesure de recourir valablement à l'encontre de la décision attaquée. Quoi qu'il en soit, la recourante a pu faire valoir ses moyens et relever les points qu'elle entendait contester dans le cadre d'un double échange d'écritures devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui dispose d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). On ne distingue dès lors pas de violation du droit d'être entendu, étant mentionné qu'une hypothétique violation devrait, dans ces circonstances, être considérée comme réparée.

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). En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %. L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. A cette fin, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

c) 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_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

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).

5. a) Par les griefs qu'elle développe dans son mémoire de recours, la recourante fait en particulier valoir que les éléments au dossier attestent une aggravation de son état de santé depuis 2021 et que l'expertise du N._____ rendue le 13 juin 2023, concluant à une capacité de travail de 50 % tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, ne peut être considérée comme probante.

b) aa) Il est rappelé en premier lieu qu'en 2014, le droit à une demi-rente a été reconnu à la recourante en lien avec les diagnostics d'hyperréactivité bronchique et de troubles neurologiques (nette diminution des performances : attention, mémoire, fonctions exécutives ; cf. avis SMR

du 1^{er} mai 2024), qui eux-mêmes résultaient d'une encéphalopathie toxique sur exposition chronique aux solvants organiques (dichlorométhane) utilisés dans le cadre de son activité professionnelle de soudeuse dans le montage de [...], qu'elle avait exercée durant 29 ans, soit entre 1983 et 2012, auprès de C._____ SA.

La recourante, sans formation professionnelle certifiée, conservait néanmoins une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, lesquelles avaient alors été définies de la manière suivante : « Respiratoire : L'aération adéquate du poste de travail est impérative, activité ne demandant pas d'efforts physiques importants. Neuropsychologie : travail simple, prédictible » (cf. décision du 27 août 2014).

bb) On notera que, par la suite, la recourante a continué à travailler à 50 % pour le compte de C._____ SA, ayant alors été affectée, non plus à des travaux de soudage, mais à « divers travaux d'assemblage » (cf. rapport employeur du 1^{er} mars 2022). Elle a été licenciée en mars 2021 (cf. expertise du N._____, pp. 9, 11 et 36).

c) Comme déjà relevé, une expertise pluridisciplinaire (médecine interne générale, neuropsychologie, pneumologie, psychiatrie et rhumatologie) a été mise en œuvre auprès du N._____ à la suite de la demande de révision formulée par la recourante le 8 février 2022, étant rappelé que cette dernière expliquait se trouver en incapacité de travail totale depuis mars 2021 en lien avec de nouvelles atteintes, en particulier sur le plan rhumatologique et psychiatrique.

aa) A ce sujet, la recourante s'est, à raison, montrée critique par rapport au volet neuropsychologique de l'expertise. Sur ce plan en effet, Mme T._____ n'a rapporté aucun diagnostic, la capacité de travail de l'expertisée restant entière sous l'angle de cette spécialité, pour le motif que l'examen réalisé par celle-ci s'était révélé invalide et non plausible. L'experte avait ainsi retrouvé au testing psychométrique un tableau marqué par des résultats non crédibles et a évoqué des discordances qui ne

pouvaient pas s'expliquer par une atteinte à la santé. L'expertisée avait en particulier effectué vingt erreurs à un test très simple (CTT2), alors qu'elle se souvenait correctement de la consigne. Lors d'une épreuve d'apprentissage des mots, leur reconnaissance était inférieure à leur rappel libre, ce qui ne pouvait pas s'expliquer sur le plan neuropsychologique. Parmi les types de mesures de validation, il existait des indicateurs de validité dans les testings psychométriques classiques. Or l'intéressée avait présenté à diverses reprises des résultats nettement au-dessous des valeurs proposées dans la littérature scientifique. Par ailleurs, au test de validation des performances, les scores étaient extrêmement faibles, y compris à des tâches très simples et peu sensibles.

Les conclusions de Mme T._____ n'apparaissent pas convaincantes sachant que la recourante souffrait effectivement d'une « encéphalopathie toxique sur exposition chronique aux solvants organiques » - diagnostic reconnu par l'expert pneumologue - et qu'il avait été révélé lors d'un examen réalisé au CHUV en juillet 2013 que l'assurée souffrait d'un « déficit de mémoire à court terme, de travail et épisodique verbale, d'un dysfonctionnement exécutif et d'une fatigabilité importante ». L'absence de diagnostic incapacitant sur le plan neuropsychologique apparaît d'autant plus douteuse qu'en 2014, c'étaient précisément ces troubles neuropsychologiques, tenus alors pour irréversibles par le SMR ainsi que par la Z._____, compte tenu des éléments au dossier, qui avaient motivé - avec l'atteinte bronchique - la reconnaissance d'une capacité de travail limitée à 50 % (cf. avis SMR du 1^{er} mai 2014).

Partant, en tant que l'experte neuropsychologue a tenu le test effectué pour non probant, car invalide, il lui aurait appartenu de réitérer ce test et de tenter ainsi d'obtenir un résultat exploitable. L'experte ne pouvait en tout cas pas déduire du caractère inexploitable du premier test effectué qu'il n'existait pas (ou plus) d'atteinte à la santé neuropsychologique ni incapacité alors qu'une telle atteinte avait été établie, car documentée, depuis 2013.

Il est par ailleurs observé qu'à l'inverse de l'experte neuropsychologue, les experts pneumologue et psychiatre du N. _____ n'avaient pas fait état d'incohérences cliniques dans le comportement de la recourante. L'expert psychiatre avait en particulier souligné que les troubles cognitifs étaient « fixés dans le temps », ce qui tend à confirmer le caractère irréversible de ces troubles, tel que mis en exergue en 2014.

bb) Cela étant, quand bien même le volet neuropsychologique de l'expertise du N. _____ ne saurait être considéré comme probant, il n'est pas certain qu'une nouvelle appréciation conduirait à une évaluation consensuelle différente. Les troubles neuropsychologiques sont en effet présents depuis 2013 et n'ont pas empêchés l'assurée, à la suite de la reconnaissance d'une invalidité de 50 % en partie fondée sur ces troubles, d'exercer une activité d'assemblage auprès de son employeur à un taux de 50 %. Au demeurant, la nouvelle demande déposée par l'assurée en février 2022 ne se fonde pas sur une aggravation de ces troubles, mais sur l'apparition de nouvelles atteintes d'ordre rhumatologique et psychiatrique. Or, selon l'expertise réalisée par le N. _____ du 13 juin 2023, l'ensemble des experts s'accorde pour considérer que l'activité habituelle de l'assurée demeure adaptée et que celle-ci conserve une capacité de travail de 50 %, identique à celle retenue antérieurement. Partant, il est vraisemblable qu'une nouvelle appréciation aboutirait à la même évaluation globale de la capacité de travail. Quoi qu'il en soit, cette question peut demeurer indécise au regard des développements exposés ci-après.

d) La recourante a en effet le droit à une rente entière d'invalidité pour les motifs qui suivent.

aa) Il faut d'abord prendre en considération que les expertises établies sur les plans rhumatologique et psychiatrique mettent en lumière, de manière suffisamment probante pour leur part, une évolution défavorable, dans le sens d'une aggravation, de l'état de santé de la recourante depuis la décision du 27 août 2014. Les experts ayant fonctionné dans le cadre de ces deux volets de l'expertise ont en effet tous deux fait état d'atteintes nouvelles, ou à tout le moins qui ont évolué

défavorablement depuis 2014, justifiant selon eux la définition de nouvelles limitations fonctionnelles ainsi que la prise en compte de diminutions de rendement affectant la capacité de travail de la recourante.

En particulier, si l'expert rhumatologue a certes fait état d'un « examen normal » s'agissant des douleurs aux genoux, qui étaient « très élevées par rapport aux diagnostics posés », il n'en demeure pas moins que, selon lui, la fibromyalgie et les douleurs aux genoux étaient incapacitantes en tant qu'elles justifiaient des limitations fonctionnelles non retenues en 2014 (« Pas de position à genoux et accroupie maintenue ; éviter les montées et les descentes d'escaliers répétées ; pas de travail en hauteur ; pas d'utilisation d'engins vibrants ; changement de position régulier »), limitations qui avaient elles-mêmes une incidence sur le rendement de la recourante, à raison de 20 %, dans le cadre d'une activité habituelle ou adaptée. Ainsi que cela ressort des développements de l'expert, les douleurs aux genoux, en particulier au genou gauche, constituent des séquelles d'une chute subie en février 2020, ayant entraîné une déchirure de la corne latérale du ménisque interne (fissure horizontale de grade 3) et une distorsion du ligament collatéral interne de grade 1, qui a elle-même nécessité deux arthroscopies, avec méniscectomie partielle. Les différents rapports médicaux produits par la recourante tendent du reste à corroborer l'existence d'atteintes rhumatologiques et orthopédiques durables, survenues postérieurement à l'expertise, notamment au genou droit. Il en va ainsi des rapports du Dr K. _____ du 14 mars 2024 (qui fait état d'un « lâchage de la cheville à gauche nécessitant une surcharge sur le genou droit » avec « décompensation douloureuse », posant alors comme diagnostic une « gonalgie droite avec trouble dégénératif débutant et possible lésion méniscale interne ») et du 14 août 2024 (qui fait état d'une nouvelle arthroscopie subie le 4 juin 2024, en lien avec une « déchirure complexe de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit »).

S'agissant du trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, dont on rappelle que l'expert psychiatre a estimé justifiée la prise en compte de limitations fonctionnelles (« Activité répétitive maîtrisée sans sollicitation intellectuelle ; fatigue et fatigabilité objectivées ») ainsi

que d'une diminution de rendement de 30 %, il ressort des développements de l'expertise que cette atteinte était consécutive à son licenciement survenu en mars 2021, qu'elle avait vécu comme une profonde injustice. Si l'expert fait certes remonter la diminution de rendement à 2013, soit antérieurement à la dernière décision entrée en force, l'expert se réfère à cet égard au rapport du Dr D. _____ du 14 avril 2014, qui avait noté à l'époque une symptomatologie déjà anxieuse et dépressive, en lien avec l'apparition sa pathologie somatique. Il apparaît toutefois clair que le trouble diagnostiqué par l'expert se rapporte essentiellement à une exacerbation de son trouble consécutivement à son licenciement, qui a occasionné une anxiété ainsi que des insomnies entraînant encore une fatigabilité et une tension anxieuse à la date de l'expertise, soit plus de deux ans après son dernier jour de travail.

bb) Malgré l'évolution défavorable de l'état de santé de la recourante, les experts ont en définitive retenu que celle-ci demeurait capable d'exercer son activité habituelle, laquelle était adaptée aux nouvelles limitations fonctionnelles, à 50 %.

Pourtant, et contrairement à la réflexion menée par l'OAI, même si l'on devait retenir que l'expertise menée par le N. _____ le 13 juin 2023 est entièrement probante et que ses conclusions doivent être suivies, force est de constater que les circonstances d'espèce ont changé, l'intéressée ayant été licenciée en mars 2021. Dans ces circonstances, on ne pouvait donc pas se limiter à considérer que le degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente, comme cela ressort des communications de l'OAI des 22 juin et 6 octobre 2023.

En effet, dès lors que l'assurée a perdu l'emploi concret pris en compte lors de l'octroi initial de la demi-rente d'invalidité (cf. décision du 27 août 2014) et qu'elle n'exerce plus d'activité lucrative depuis 2021, il en résulte que le revenu d'invalidité doit désormais être déterminé sur la base de valeurs moyennes statistiques selon l'ESS, ce qui constitue un motif de révision selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; TF 9C_325/2013 du 22 octobre 2013 consid. 3.4 et les

références citées). Il incombait donc à l'intimé d'examiner à nouveau le droit à la rente sous tous ses aspects factuels et juridiques (cf. ATF 141 V 9 consid. 2.3).

En l'occurrence, comme allégué par la recourante, c'est à la lumière de la jurisprudence relative aux assurés proches de l'âge de la retraite, telle qu'exposée ci-après, que le cas de l'assurée aurait dû être examiné.

aaa) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C_407/2018 du 3 juin 2019 consid. 5.2 ; TF 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 6.2 ; TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2).

S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer

l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_774/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2 ; TF 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1). Cela dit, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_188/2019 du 10 septembre 2019 consid. 7.2 ; TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1).

Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée, correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C_188/2019 précité consid. 7.2). Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

bbb) En l'espèce, à la date de l'expertise effectuée le 13 juin 2023, dont on a vu qu'elle a mis en lumière des diagnostics incapacitants engendrant des limitations fonctionnelles à la fois sur les plans pneumologique, rhumatologique et psychiatrique, la recourante se trouvait à trois mois d'atteindre l'âge de 60 ans.

Si, dans leur évaluation consensuelle, les experts ont certes estimé qu'en dépit de ses atteintes, la recourante conservait, d'un point de vue médico-théorique, une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle, tout comme dans une activité adaptée, il n'apparaît concrètement pas réaliste que la recourante, sans activité professionnelle depuis son licenciement en mars 2021, soit en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail à son âge. Il y a lieu de rappeler que l'intéressée a travaillé depuis son arrivée en Suisse en 1983 exclusivement pour le même employeur, en qualité de soudeuse, puis d'ouvrière en charge de travaux d'assemblage, sans formation reconnue ni expérience dans un autre secteur d'activité. Il est également observé que les limitations fonctionnelles de la recourante s'attachent non seulement à des capacités physiques diminuées et à une fatigabilité accrue, mais également à l'absence de contacts sociaux et verbaux (en raison de sa toux chronique), ainsi qu'à l'absence de toute sollicitation intellectuelle. On relèvera encore que l'expertisée, qui a arrêté l'école très jeune pendant son enfance passée en V***, ne sait pas lire ni écrire, pas plus qu'elle n'est en mesure d'utiliser les outils informatiques (cf. expertise, évaluation consensuelle, p. 5).

Compte tenu de la situation personnelle et professionnelle de la recourante, on peine à concevoir qu'un employeur consente les moyens et les efforts nécessaires pour lui permettre de se réinsérer dans le monde du travail, et ce pour un emploi d'emblée limité dans le temps.

ccc) Dans ces conditions, il convient de conclure que l'assurée n'est pas en mesure de retrouver un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles sur un marché équilibré du travail et qu'elle présente dès lors une invalidité totale sur le plan professionnel depuis le mois de mars 2021, date de l'aggravation de son état de santé, lui ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité. Toutefois, en application de l'art. 88bis al. 1 let. a RAI, l'augmentation de la rente ne peut prendre effet qu'à compter du mois durant lequel la recourante a présenté sa demande de révision, à savoir en l'occurrence dès le 1^{er} février 2022.

6. Au vu de l'issue du litige, la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise est sans objet.

7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision entreprise réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} février 2022.

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

c) La 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). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimé.

**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 26 mars 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que B._____ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} février 2022.
- 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 B. _____ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Yero Diagne (pour B. _____),
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'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 :