

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 mai 2026

Composition : M. WIEDLER, président
MM. Neu, juge, et Despland, assesseur
Greffier : M. Reding

Cause pendante entre :

C. _____, à Q***, recourante,

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. C._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née en ***. Sans formation, elle a été employée de *** à *** en qualité d'agente de propreté et d'hygiène pour le compte du centre Y._____.

Le 22 août 2017, l'assurée 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), alléguant être en incapacité de travail totale depuis le 11 janvier 2017 en raison d'une fibromyalgie et d'une dépression.

Dans le cadre de l'instruction, l'OAI a recueilli - entre autres pièces - un rapport d'évaluation neuropsychologique établi le 19 décembre 2017 par D._____, psychologue, lequel mettait en évidence une atteinte cognitive d'intensité modérée, sous la forme de difficultés attentionnelles sévères, de difficultés mnésiques modérées à sévères et d'un dysfonctionnement exécutif modéré.

Les 18 et 25 janvier et le 1^{er} février 2019, l'assurée a été examinée par les Drs E._____, spécialiste en médecine interne générale, B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et F._____, spécialiste en rhumatologie, tous trois experts auprès du centre d'expertises A._____. Dans un rapport du 19 mars 2019, ces derniers ont retenu les diagnostics de discopathie aux vertèbres L5-S1, de status après fracture du 5^e métatarsien de la main droite, d'épisode dépressif léger avec syndrome somatique (CIM-10 [10^e révision de la classification internationale des maladies] F32.0) à la suite d'un burnout (CIM-10 Z73.0 ; existant depuis janvier 2017, avec bonne récupération depuis pratiquement le début de l'année 2018) et de canal carpien gauche (CIM-10 MG56). S'agissant des troubles cognitifs relevés par les médecins traitants, ils ont estimé que l'examen neuropsychologique de décembre 2017 « *montr[ait] surtout les conséquences de l'état dépressif que l'expertisée présentait à ce moment-là* ». Selon eux, l'assurée avait été en incapacité de travail totale durant toute l'année 2017 en raison des atteintes de nature psychique. Elle

présentait, en revanche, une capacité de travail de 100 % depuis le 1^{er} janvier 2018 dans son activité habituelle. Elle était, en outre, à même de travailler à plein temps dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes (*sic*) :

« [...] notamment un épuisement et humeur dépressi[ve], avec diminution globale des capacités d'adaptation

[...]

[...] pas de mouvement de pronosupination forcé et répété, pas de port de charge de plus de 10 kilos ponctuels et 5 kilos continu. ».

Interpellé par l'OAI, le Dr B. _____ a notamment précisé, dans un complément d'expertise du 3 juin 2019, avoir « *retenu une incapacité de travail de 100% de janvier 2017 à fin 2017 car, selon [son] expérience, les limitations fonctionnelles secondaires à un burn-out associé à un épisode dépressif léger ne perdur[ai]ent que très rarement au-delà de six mois, maximum une année* ».

Par projet de décision du 19 juin 2019, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il comptait lui nier le droit à une rente d'invalidité, dans la mesure où la durée de son incapacité de travail était inférieure à une année.

Par rapport du 8 juillet 2019, la Dre J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et K. _____, psychologue, ont exposé que l'assurée avait effectué, en janvier et en février 2019, un examen psychologique, lequel avait fait ressortir des limitations fonctionnelles importantes, notamment au niveau cognitif et intellectuel, liées à un retard mental léger (CIM-10 F70), de même que des difficultés sociales et relationnelles dans la gestion des émotions et de la perplexité. Le rapport de cet examen, daté du 15 mars 2019, était joint.

Le 29 juillet 2019, l'assurée a contesté le projet de décision précité.

Dans un avis du 12 août 2019, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a déclaré que les rapports des 15

mars et 8 juillet 2019 susmentionnés n'étaient pas susceptibles de jeter le doute sur les conclusions des experts du centre d'expertises A._____, ces derniers n'ayant observé ni retard mental, même léger, ni trouble envahissant du développement chez l'assurée. Il a, par ailleurs, remis en doute la validité du bilan neuropsychologique de décembre 2017. Selon lui, il était normal que le test du quotient intellectuel de l'assurée effectué dans le cadre de cet examen ait abouti à des résultats faibles, en particulier en ce qui concernait la compréhension verbale, celle-ci ne maîtrisant que sommairement le français à l'oral. Les difficultés attentionnelles, notamment le ralentissement de la vitesse de traitement, les difficultés mnésiques et le dysfonctionnement exécutif pouvaient, en outre, être expliqués par les aspects thymiques.

Par décision du 14 août 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision du 19 juin 2019.

B. Le 9 mars 2023, C._____ a introduit une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, faisant valoir une aggravation de son état de santé.

Par rapport du 6 avril 2023, le Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère (en aggravation), de syndrome douloureux somatoforme chronique (en aggravation), de discarthrose aux vertèbres L5-S1, de dyspnée d'origine mixte, de status post-infection au SARS-CoV-2 (en mai 2022) et d'épuisement des capacités d'adaptation chez une personne aux capacités cognitives et intellectuelles limitées. Il a attesté une capacité de travail de 0 % dès le 21 juin 2022.

Par rapport du 6 juin 2023, les Dres BB._____ et P._____, spécialistes en médecine du travail, ont repris les cinq premiers diagnostics relevés par le Dr M._____, tout en spécifiant que l'assurée souffrait de troubles cognitifs, avec difficultés attentionnelles sévères, difficultés mnésiques modérées à sévères et dysfonctionnement exécutif modéré avec

épuisement des capacités d'adaptation. Elles ont également certifié une incapacité de travail totale depuis le 21 juin 2022.

Par rapport du 30 octobre 2023, la Dre I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a souligné les diagnostics - incapacitants - de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (CIM-10 F33.2 ; depuis 2018), de fibromyalgie, de syndrome douloureux somatoforme chronique et de discarthrose aux vertèbres L5-S1, tout en faisant état d'une capacité de travail nulle.

Par rapport du 14 mars 2024, le Dr M._____ a confirmé que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité. Il a indiqué que celle-ci était très affectée dans sa vie quotidienne du fait des douleurs chroniques au niveau du rachis et des membres. Elle souffrait, en outre, d'une importante fatigabilité et d'une anhédonie.

Par rapport du 12 août 2024, le Dr N._____, spécialiste en infectiologie, et la Dre G._____, médecin assistante auprès du centre W._____, ont retenu le diagnostic d'épigastalgies chroniques (acutisées au retour d'un voyage à S*** [V***] sur probable gastrite *versus* sur irritation gastrique sur doxycycline).

Par rapport du 14 août 2024, la Dre I._____ a constaté une aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée depuis le mois d'octobre 2023. Cette dernière présentait une tristesse, avec une irritabilité et des crises d'angoisse à récurrence, un sentiment de désarroi, une fatigue chronique et un déficit cognitif. Elle souffrait de douleurs intenses qui impactaient son état psychique. Toutes les capacités d'adaptation avaient été épuisées et la situation s'était cristallisée. La capacité de travail était nulle quel que soit le type d'activité.

Par rapport du 13 novembre 2024, les Drs O._____ et H._____, respectivement cheffe de clinique et médecin assistant au centre X._____, ont diagnostiqué un trouble cognitif, attentionnel,

amnésique et dysexécutif de probable origine thymique (dépression) et neurodéveloppemental (retard mental léger).

Dans un avis du 17 décembre 2024, le SMR, estimant que les renseignements médicaux au dossier ne lui permettaient pas de confirmer ou d'infirmier une aggravation objective de l'état de santé de l'assurée depuis la précédente décision du 14 août 2019, a sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comportant des volets en psychiatrie, en rhumatologie et en médecine interne.

Les 10, 13 et 14 février 2025, l'assurée a été examinée par les Drs L._____, spécialiste en rhumatologie, T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et R._____, spécialiste en médecine interne générale, tous trois experts auprès du centre d'expertises Z._____. Dans un rapport du 15 avril 2025, ces derniers ont relevé les diagnostics de troubles anxieux et dépressifs mixtes (CIM-10 F41.2), de syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 F45.4), de fibromyalgie (présente depuis avant 2017), de troubles statiques du rachis, de status après fracture de l'auriculaire droit (le 3 décembre 2021), de status après fracture de la base du 5^e métacarpien droit (en 2017), d'asthme bronchique contrôlé sans traitement bronchodilatateur au long cours (CIM-10 J45.9), de status après infection au Covid-19 (en mai 2022 ; traitée en ambulatoire), de surpoids et hypercholestérolémie traitée (CIM-10 E78.0) et de symptômes multiples systémiques dans le cadre de possible fibromyalgie, sans déficit organique (céphalées de tension, sensation vertigineuse et nausées sans vomissements). Selon eux, la capacité de travail de l'assurée était entière depuis 2019, ce tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, sous réserve d'une période de maximum huit semaines consécutive à la décompensation de l'asthme provoquée par l'infection au Covid-19 en mai 2022, durant laquelle elle était nulle. Aucune pathologie ne justifiait de limitations fonctionnelles durables. Les experts ont ainsi nié toute aggravation de l'état de santé de l'assurée.

Dans un avis du 1^{er} mai 2025, le SMR a fait siennes les conclusions de cette expertise.

Par projet de décision du 6 mai 2025, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui refuser le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.

Le 31 mai 2025, l'assurée a fait part à l'OAI de ses objections quant à ce projet de décision, soutenant notamment que ses nombreux problèmes de santé sur les plans physique et psychique rendaient impossible l'exercice d'une activité professionnelle.

Par décision du 22 juillet 2025, l'OAI a confirmé son projet de décision.

C. Le 18 août 2025, C. _____ a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation (*recte* : sa réforme) en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité lui soit reconnu. Elle a, en outre, requis la mise en œuvre d'une « *expertise médicale pluridisciplinaire, indépendante et approfondie* ».

Par réponse du 30 septembre 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

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. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement une rente d'invalidité.

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

Dans le cas présent, un éventuel droit de la recourante à une rente d'invalidité prendrait naissance le 1^{er} septembre 2023 au plus tôt, soit six mois après le dépôt de sa nouvelle demande du 9 mars 2023 (cf. art. 29 al. 1 et 3 LAI). Ce sont par conséquent les dispositions de la LAI et du RAI dans leur teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022 qui trouvent application.

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 LPGGA).

4. a) 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 LPGGA (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).

b) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

5. a) 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 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).

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).

6. a) En l'espèce, l'intimé a considéré que l'état de santé de la recourante ne s'était pas aggravé de manière à influencer ses droits depuis le rendu de sa première décision, le 14 août 2019. Il s'est, à ce titre, appuyé sur le rapport d'expertise du 15 avril 2025 du centre d'expertises Z._____. Selon ce dernier, l'assurée présentait les diagnostics principalement de troubles anxieux et dépressifs mixtes, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de fibromyalgie, de troubles statiques du rachis et d'asthme bronchique. Sa capacité de travail était de 100 % depuis 2019 dans toute activité, exception faite d'une période de maximum huit semaines consécutive à la décompensation de l'asthme provoquée par l'infection au Covid-19 en mai 2022, durant laquelle elle était nulle. Aucune pathologie ne justifiait, de surcroît, de limitations fonctionnelles durables.

La recourante, pour sa part, a contesté la validité de cette expertise. Faisant valoir une péjoration de son état de santé depuis la décision de 2019, elle a affirmé qu'elle était dorénavant totalement incapable de travailler, ce en particulier en raison des douleurs ressenties et de ses troubles mnésiques, ainsi que de sa fatigabilité accrue.

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

aa) Du point de vue psychiatrique, il est difficile de comprendre sur quels éléments cliniques le Dr T._____ a fondé le diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes. Cet expert a, en effet, exposé, dans un premier temps, que l'humeur de la recourante n'était pas anxieuse, avant de déclarer, quelques lignes plus bas, son contraire, en notant une humeur anxieuse (d'intensité faible). Il a également décrit une euthymie, soit un état sans symptomatologie dépressive. Il a, au surplus, écarté l'existence d'un trouble cognitif à l'aune de ses seules observations, sans procéder à un examen détaillé des capacités attentionnelles, mnésiques et exécutives de l'assurée. Certes, il a relevé que la validité du bilan neuropsychologique de décembre 2017, lequel avait conclu à une atteinte cognitive d'intensité modérée, avait été contesté par le SMR dans son rapport du 12 août 2019, avant de reprendre, sans plus d'explication ni analyse, l'argumentaire à la base de cet avis. Ce bilan était toutefois vieux de plus de sept ans à la date de l'expertise, si bien qu'en tout état de cause, rien ne pouvait en être déduit quant aux capacités cognitives actuelles de la recourante.

Le Dr T._____ a enfin fondé son appréciation de la capacité de travail de l'assurée sur un examen lacunaire des indicateurs de l'ATF 141 V 281 (cf. *supra* consid. 5e). Affirmant que les troubles anxieux et dépressifs mixtes et le syndrome douloureux somatoforme persistant étaient « *dépourvus de critères de gravité et de sévérité* », il ne s'est jamais déterminé sur le caractère prononcé des éléments diagnostics (cf. ATF 141

V 281 consid. 4.3.1.1), alors même que cette seconde atteinte à la santé présuppose un degré de gravité inhérent (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1.1). Il a, en outre, mis à la charge de la recourante l'arrêt du traitement antidépresseur en 2024 (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2), sans tenir compte du fait que cette décision avait été prise par son médecin traitant en raison de ses problèmes gastriques. La question des interactions entre les différentes atteintes psychiques et physiques comorbides (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3) a, de surcroît, été éludée par l'expert, ce dernier s'étant borné à spécifier, sans plus de détails, qu'« [i]l y a[vait] des diagnostics psychiatriques qui n'interf[éraient] pas avec la CT [capacité de travail], y compris la présence d'un trouble psychosomatique ». S'agissant du contexte social dans lequel évoluait l'assurée (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.3), le Dr T._____ a fait état de la présence de ressources externes « familiales et amicales ». Pourtant, dans le rapport d'expertise, il n'est, à aucun moment, indiqué que la recourante côtoyait, même sporadiquement, un ou plusieurs amis. La Dre I._____ a, au contraire, constaté, dans son rapport du 30 octobre 2023, un retrait social chez sa patiente, tout en signalant, dans son rapport du 14 août 2024, que cette dernière « n'a[vait] aucune interaction sociale, mis à part sa famille proche : ses enfants et petits-enfants, ainsi que sa mère avec qui elle a[vait] des contacts une fois par semaine, surtout par WhatsApp ». Ce point n'a d'ailleurs pas été discuté par l'expert. Sur le plan de la cohérence (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4.1 et 4.4.2), on ne saurait voir - à l'inverse du Dr T._____ - des comportements contradictoires majeurs et rédhibitoires dans le fait qu'en 2024, la recourante se soit rendue cinq jours (cf. rapport du 12 août 2024 des Drs N._____ et G._____) - et non deux mois, comme évoqué par l'expert - en V*** pour une urgence familiale et ait participé, durant dix jours, à un pèlerinage en U***. Ces voyages avaient, en effet, été organisés par sa fratrie, de sorte qu'entourée de ses proches, les ressources physiques et intellectuels qu'elle avait dû consacrer avaient été limitées. L'assurée a, à cet égard, précisé, dans son recours, que « [c]es déplacements nécessit[ai]ent une organisation particulière, beaucoup de repos et surtout l'accompagnement constant de [s]a famille ». Ces séjours constituaient, du reste, des incohérences isolées, lesquelles ne permettent pas de tirer de déductions générales sur la capacité de travail (cf. Michael

E. Meier, Ein Jahr neue Schmerzrechtsprechung : Folgerechtsprechung zur grundlegenden Praxisänderung in BGE 141 V 281, *in* Jusletter 11 juillet 2016, p. 34). Il en est de même du fait que la recourante ait dû gérer, une unique fois, un imprévu, en s'organisant seule pour rentrer chez elle en train après l'expertise rhumatologique avec le Dr L._____, car la personne qui l'accompagnait n'avait finalement pas pu l'attendre. Il s'avère, pour finir, surprenant que l'expert psychiatrique se soit remis aux résultats d'une analyse pharmacologique réalisée en janvier 2019, afin d'objectiver une non-observance de la médication antidépressive. Cet examen avait été commandé par le Dr B._____ lors de l'expertise auprès du centre d'expertises A._____, laquelle concernait la première procédure ayant abouti à la décision du 14 août 2019 de refus de rente. Il ne saurait donc être pertinent dans le cadre de la procédure ayant fait suite à la seconde demande de prestations.

bb) Au niveau rhumatologique, le Dr L._____ a estimé qu'il n'y avait pas de pathologie nouvelle justifiant une incapacité de travail significative et durable. Aucun élément objectif ne permettait, selon lui, d'attester une aggravation de la situation depuis l'expertise du centre d'expertises A._____ de 2019. Pourtant, le diagnostic de fibromyalgie - posé par cet expert sur la base d'un score de « *14/19 points pour les zones douloureuses [...] et 9/12, à l'échelle de sévérité des symptômes* » - constitue une telle nouvelle atteinte à la santé, dès lors que le Dr F._____ l'avait expressément écarté en 2019, au motif qu'il ne « *retrouv[ait] pas véritablement les points typiques [...] aux membres supérieurs* ». Partant, les conclusions du Dr L._____, lesquelles semblent reposer, en bonne partie, sur le constat de l'absence de nouvelle pathologie, apparaissent douteuses.

Il sied, au demeurant, de rappeler qu'à l'instar du syndrome douloureux somatoforme persistant, les effets de la fibromyalgie sur la capacité de travail doivent être évalués à l'aune de la procédure probatoire structurée de l'ATF 141 V 281 (cf. TF 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a d'ailleurs reconnu que ces deux diagnostics présentaient plusieurs points communs, l'un étant

généralement le fait d'un médecin rhumatologue, alors que l'autre était d'ordinaire mis en évidence par un spécialiste en psychiatrie (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.3). Or l'analyse des indicateurs est – pour ce volet également – incomplète. La question du traitement médical n'a été que brièvement abordée, tandis que celle des comorbidités a été totalement esquivée. Quant à la cohérence du comportement de la recourante, l'expert rhumatologue s'est, à son tour, contenté de mettre en avant le fait que cette dernière avait pu « *faire un long voyage en 2024* », soit un élément qui, comme expliqué au considérant précédent, n'est pas relevant dans le cas d'espèce. Il a, qui plus est, soutenu que l'assurée avait fait ce déplacement « *en étant autonome* ». Aussi, cette affirmation se doit d'être contredite, étant donné que celle-ci avait pu profiter de l'encadrement et de l'aide de sa famille durant son séjour.

c) En conséquence, au regard de l'ensemble des contradictions et imprécisions relevées ci-avant, il convient de nier toute valeur probante au rapport d'expertise du 15 avril 2025 du centre d'expertises Z._____. Il s'ensuit que c'est à tort que l'intimé s'est fondé sur ce dernier pour motiver sa décision litigieuse du 22 juillet 2025.

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 appartient de renvoyer la cause à l'autorité intimée, 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 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) En définitive, le recours doit être admis. La décision rendue le 22 juillet 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) Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, la partie recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

**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 22 juillet 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction 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. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- C. _____,
- 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 :