

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 septembre 2025

Composition : M. PIGUET, président
M. Neu et Mme Brélaz Braillard, juges
Greffier : M. Reding

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

En fait :

A. F._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née en [...]. Titulaire de diplômes d'esthéticienne, d'éducatrice canin et d'auxiliaire de santé, elle a travaillé en dernier lieu en qualité de vendeuse au sein de [...] à [...] dès [...].

Le 19 novembre 2014, 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'Office AI ou l'intimé), exposant souffrir d'une fibromyalgie et d'une bursite « *dans les épaules* » depuis « *environ 1999* ».

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office AI a recueilli diverses pièces, dont :

- un rapport du 24 décembre 2014 du Dr E._____, spécialiste en médecine interne générale, lequel posait les diagnostics - incapacitants - de syndrome fibromyalgique chronique et de bursite sous-acromio-deltoïdienne gauche sur probable conflit (depuis 1999), ainsi que le diagnostic - non incapacitant - d'hypoacousie appareillée sur accident de vélo avec traumatisme cranio-cérébral (depuis 1978), tout en attestant une capacité de travail de 50 % dans l'activité de vendeuse depuis le 1^{er} septembre 2014 ;
- un rapport d'expertise du 13 mars 2015 du Dr H._____, spécialiste en rhumatologie, à l'attention de l'assureur perte de gain de l'employeur de l'assurée, lequel mettait en évidence le diagnostic de fibromyalgie, tout en retenant une capacité de travail entière dans l'activité habituelle dès le 2 mars 2015 ;
- un rapport du 23 mars 2015 du service de rhumatologie du centre hospitalier D._____, lequel soulignait les diagnostics de lombalgies chroniques acutisées (depuis 2000), de probable tendinopathie de la coiffe des rotateurs et de fibromyalgie ; et
- un rapport du 10 mai 2016 du Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel faisait état des diagnostics - présents depuis l'adolescence - notamment de trouble dépressif

récurrent moyen à sévère, sans symptômes psychotiques (CIM-10 F33.2), et de trouble anxieux mixte (CIM-10 F41.3), tout en certifiant une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle.

Fondé sur un avis du 23 mars 2015 de son Service médical régional (ci-après : le SMR), l'Office AI a mandaté le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en vue de la réalisation d'une expertise. Dans un rapport du 24 novembre 2016, celui-ci, assisté de [...], psychologue, a relevé les diagnostics - incapacitants - de modification durable de la personnalité (CIM-10 F62 ; dès 2013) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (CIM-10 F33.11 ; dès 2013), ainsi que le diagnostic - non incapacitant - de traits de personnalité dépendante (CIM-10 Z73.1 ; dès le début de l'âge adulte). D'après lui, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle et de 50 % « *dans un domaine investi (gardiennage d'animaux par exemple), une fois mise en place la modification de thérapie proposée (délai de 6 mois requis)* », à savoir l'introduction d'un traitement antidépresseur plus incisif associé à un traitement de la dimension traumatique tardive.

Dans un avis du 8 février 2017, le SMR a fait siennes les conclusions de cette expertise.

Du 29 mai au 31 octobre 2017, l'assurée a bénéficié d'une mesure de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle, sous la forme d'un entraînement à l'endurance auprès de [...], laquelle été interrompue avant son terme (prévu au 24 novembre 2017) pour des raisons de santé.

Dans un avis du 26 octobre 2017, le SMR a soutenu qu'il n'y avait aucun élément objectif justifiant de s'écarter de la conclusion selon laquelle l'assurée était apte à travailler à un taux de 50 % dans une activité adaptée.

Par décision du 11 juillet 2018, confirmant un projet de décision du 20 avril 2018, l'Office AI a accordé à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2015 au 31 mai 2017, puis à un trois-quarts de rente dès le 1^{er} juin 2017. Non contesté, cette décision est entrée en force dans l'intervalle.

B. Le 2 février 2023, F._____ a requis de l'Office AI la révision de son droit à la rente, alléguant que son état de santé s'était aggravé.

Le 17 mars 2023, l'assurée a produit divers documents médicaux à l'appui de sa demande, dont :

- un rapport du 2 juin 2020 du Dr L._____, spécialiste en neurologie, lequel diagnostiquait une fibromyalgie (dès 2001), avec paresthésies distales des quatre membres, des céphalées en hémicrânie gauche, à caractère de lancées brèves, et une insomnie chronique d'origine multifactorielle probable (composante psychophysiologique, douleurs chroniques et possible composante thymique) ;
- un rapport du 13 novembre 2020 du service d'immunologie et d'allergie du centre hospitalier D._____ faisant état d'un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (SEDh) ;
- un rapport du 17 mai 2022 de la consultation de médecine physique et réhabilitation du centre hospitalier D._____ excluant le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (SEDh) susmentionné ;
- un rapport du 30 juin 2022 du Dr S._____, spécialiste en neurochirurgie, lequel mettait en évidence les diagnostics de possible schwannome au niveau du conduit interne droit (stade KOOS 2), de dysesthésies et paresthésies avec troubles sensitifs diffus des membres supérieurs en augmentation d'origine indéterminée et de sténose foraminale aux vertèbres C5-C6 et C6-C7 à prédominance gauche ;
- un compte-rendu de traitement de radio-neurochirurgie par *Gamma Knife* pour un schwannome vestibulaire (neurinome acoustique) droit intercalaire établi le 4 janvier 2023 par le service de neurochirurgie du centre hospitalier D._____, lequel mentionnait notamment que

l'assurée présentait une surdité assez sévère de l'oreille droite depuis plusieurs mois ;

- un rapport du 13 mars 2023 du Dr N._____, lequel soulignait les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec symptômes somatiques (CIM-10 F32.2), de trouble de l'adaptation prolongé, réaction mixte, anxieuse et dépressive (CIM-10 F43.22), d'autres troubles somatoformes (CIM-10 F45.8) et d'algies musculaires diffuses ;

Dans un avis du 30 mars 2023, le SMR a estimé qu'il convenait d'entrer en matière sur la demande de révision de l'assurée.

Par rapport du 13 août 2023 à l'Office AI, le Dr E._____ a retenu les diagnostics de fibromyalgie (depuis 2002) et de status post-schwannome vestibulaire, tout en attestant une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis 2013.

Par rapport du 15 décembre 2023, le service de neurochirurgie du centre hospitalier D._____ a indiqué qu'une IRM (imagerie par résonance magnétique) cérébrale réalisée le 16 novembre 2023 avait révélé une stabilité globale du schwannome vestibulaire droit.

Par rapport du 17 janvier 2024 à l'Office AI, le service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du centre hospitalier D._____ a exposé que, lors de la dernière consultation, en novembre 2022, l'assurée présentait une surdité moyenne profonde du côté droit, laquelle était associée à une surdité légère à moyenne du côté gauche, d'étiologie congénitale probable.

Dans un avis du 7 février 2024, le SMR a déclaré que les nouveaux éléments médicaux produits ne permettaient pas de conclure à une modification significative et durable de l'état de santé de l'assurée.

Par décision du 27 mai 2024, confirmant un projet du 12 février 2024, l'Office AI a refusé à l'assurée d'augmenter sa rente.

C. **a)** Le 25 juin 2024, F. _____ a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à sa réforme en ce sens que le droit à une rente d'invalidité plus élevée lui soit reconnu.

b) Par réponse du 19 septembre 2024, l'Office AI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

c) Le 21 octobre 2024, F. _____ a versé au dossier un rapport du 16 octobre 2024 du Dr N. _____ reprenant les diagnostics précédemment posés dans son rapport du 13 mars 2023. Puis, par réplique du 14 novembre 2024, elle a produit un lot de pièces, dont un rapport du 25 septembre 2024 de la Dre Y. _____, spécialiste en neurologie, laquelle retenait le diagnostic de syndrome du tunnel carpien bilatéral, et un rapport du 11 novembre 2024 du Dr E. _____, lequel mentionnait les diagnostics de fibromyalgie, de schwannome droit (traité par *Gamma Knife*), de surdité de l'oreille droite, de céphalées chroniques droites et de syndrome du tunnel carpien.

d) Par duplique du 6 décembre 2024, l'Office AI a maintenu ses conclusions. Il a joint un avis de son service médical du 4 décembre 2024.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige a pour objet le point de savoir si l'invalidité de la recourante s'est modifiée - de manière à influencer son droit à la rente - entre le 11 juillet 2018, date de la décision initiale par laquelle cette prestation lui a été accordée, et le 27 mai 2024, date de la décision litigieuse.

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 pour les demandes de révision concernant les assurés âgés de moins de 55 ans au 1^{er} janvier 2022, 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). La date de l'éventuelle modification déterminante est arrêtée en fonction de l'art. 88a RAI. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, l'ancien droit reste applicable. Si cette date est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (TF 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

Dans le cas présent, la décision litigieuse du 27 mai 2024 fait suite à la demande de révision déposée le 2 février 2023 par la recourante. Le nouveau droit en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 trouve donc application, dans la mesure où, conformément à l'art. 88^{bis} al. 1 let. a RAI, l'éventuelle augmentation de la rente ne peut intervenir au plus tôt qu'à partir du mois où cette demande a été présentée.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte

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

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

4. a) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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).

b) 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.

5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire

sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

6. a) En l'espèce, dans le cadre de la procédure ayant fait suite à la demande de prestations du 19 novembre 2014, le SMR, se fondant principalement sur les rapports d'expertise des 13 mars 2015 et 24 novembre 2016 des Drs H. _____ et G. _____, a retenu, dans ses avis des 23 mars 2015 et 8 février 2017, les diagnostics - incapacitants - de modification durable de la personnalité et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, ainsi que le diagnostic - non incapacitant - de fibromyalgie. Il a attesté - pour des motifs psychiques uniquement - une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de vendeuse à compter du 1^{er} février 2015 et une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, soit une activité dans un environnement bienveillant tenant compte d'un seuil de tolérance au stress abaissé, dès le 1^{er} mars 2017. Sur la base de ces conclusions, l'intimé a reconnu à la recourante le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2015 au 31 mai 2017, puis à un trois-quarts de rente dès le 1^{er} juin 2017.

b) Lors de la procédure relative à la demande de révision du droit à la rente du 2 février 2023 et de la présente procédure de recours, la recourante a produit une série de rapports établis par ses différents médecins, lesquels faisaient état des diagnostics principalement de

fibromyalgie, de dysesthésies et paresthésies des membres, de sténose foraminale aux vertèbres C5-C6 et C6-C7 à prédominance gauche, de céphalées en hémicrânie gauche, d'insomnie chronique, de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (SEDh), de schwannome vestibulaire droit, de surdité sévère de l'oreille droite, de syndrome du tunnel carpien bilatéral, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec symptômes somatiques, de trouble de l'adaptation prolongé, réaction mixte, anxieuse et dépressive, et d'autres troubles somatoformes.

Cela étant, il ne ressort pas de ces pièces médicales d'élément objectif qui laisserait à penser que l'état de santé de la recourante sur les plans somatique et psychique aurait négativement évolué depuis le jour où l'office intimé a décidé de lui allouer un trois-quarts de rente d'invalidité. S'agissant de la fibromyalgie, cette atteinte perdure depuis longue date, puisque le Dr H._____ en faisait déjà mention dans son rapport d'expertise du 13 mars 2015, tout en la considérant non invalidante. Or ni le Dr E._____ ni le Dr L._____ n'ont énoncé, dans leurs rapports respectifs des 2 juin 2020, 13 août 2023 et 11 novembre 2024, les raisons pour lesquelles cette atteinte aurait évolué négativement depuis le mois de juillet 2018 et impacterait désormais la capacité de travail de leur patiente. Tout au plus, ce premier médecin a indiqué que les douleurs chroniques et la fatigue, soit des symptômes déjà observés par le Dr H._____, affectaient la capacité de la recourante « à *travailler de manière soutenue* », sans fournir plus de précisions. Il en est de même des paresthésies, lesquelles résultent vraisemblablement de la fibromyalgie (cf. rapport du 2 juin 2020 du Dr L._____) et ne sont pas décrites comme incapacitantes par les différents médecins. En ce qui concerne les insomnies, la recourante s'était déjà plainte de troubles du sommeil auprès de l'expert rhumatologue, en mars 2015, et du Dr G._____, en novembre 2016, sans que ces derniers aient estimé que cette symptomatologie entraînait, à elle seule, des répercussions sur la capacité de travail. Il ne s'agit donc pas d'une nouvelle atteinte. Il n'apparaît du reste pas, à la lecture du dossier, que la situation se serait aggravée sur ce plan. Au contraire, les insomnies ont fait l'objet d'un traitement auprès du Centre d'investigation et de recherche sur le

sommeil du centre hospitalier D._____ et ont bien répondu bien aux mesures mises en place, malgré une péjoration à la suite d'une rupture amoureuse au mois de décembre 2020 (cf. rapports des 27 février 2021 et du 14 août 2020 de ce centre). Les céphalées, pour leur part, n'ont pas été dépeintes comme invalidantes par le Dr L._____. Le Dr E._____ ne s'est au demeurant pas prononcé, dans son rapport du 11 novembre 2024, sur l'étendue des maux de tête sur la capacité de travail - déjà réduite à 50 % - de sa patiente. Tout au plus, il s'est limité à déclarer, sans plus de justifications, qu'ils impactaient négativement la capacité de cette dernière « *à se concentrer, à effectuer des tâches nécessitant de l'attention et à maintenir une activité soutenue* ». On ne saurait donc déduire - au degré de la vraisemblance prépondérante - de ces appréciations médicales une dégradation de l'état de santé de la recourante. Quant au diagnostic de sténose foraminale aux vertèbres C5-C6 et C6-C7 révélé par une IRM du 21 mars 2022, il n'explique pas, selon le rapport du 30 juin 2022 du Dr S._____, les douleurs de l'intéressée. Le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (SEDh), posé par le service d'immunologie et d'allergie du centre hospitalier D._____ dans son rapport du 13 novembre 2020, a, lui, finalement été écarté par la consultation de médecine physique et réhabilitation de ce même centre hospitalier dans son rapport du 17 mai 2022. Pour ce qui est du schwannome vestibulaire droit, il a été traité, sans complications, en novembre 2022 par *Gamma Knife* (cf. compte-rendu du 4 janvier 2023 du service de neurochirurgie du centre hospitalier D._____) et, à l'aune de l'IRM cérébrale du 16 novembre 2023, il était globalement stabilisé (cf. rapport du 15 décembre 2023 du service de neurochirurgie du centre hospitalier D._____), de sorte qu'il n'est pas de nature à causer une incapacité de travail durable. Tel est aussi le cas du syndrome du tunnel carpien bilatéral, lequel, d'une part, ne comportait pas, selon le rapport du 25 septembre 2024 de la Dre Y._____, d'éléments de gravité, tels qu'un déficit sensitif ou moteur objectivable ou de signes en faveur d'une perte axonale, et, d'autre part, avait été traité conservativement à l'aide d'une attelle au poignet. La surdité de l'oreille droite est, elle, probablement d'origine congénitale (cf. rapport du 17 janvier 2024 du service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du centre hospitalier

D._____), si bien qu'elle ne constitue pas une nouvelle atteinte à la santé. Notons encore que la recourante est appareillée en raison d'une hypoacousie survenue en 1978 après un traumatisme cranio-cérébral causé par un accident de vélo. Aussi, rien ne permet de conclure que la surdité se serait aggravée depuis 2018. Enfin, les troubles psychiques mis en évidence par le Dr N._____, dans ses rapports des 13 mars 2023 et 16 octobre 2024 ne sont pas non plus susceptibles de démontrer une péjoration de la situation. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, a en effet déjà été relevé par le Dr G._____ dans son rapport d'expertise de novembre 2016. Le SMR a en outre exposé, dans son avis du 4 décembre 2024, que la pose d'un trouble dépressif excluait d'emblée celui de trouble de l'adaptation prolongé, réaction mixte, anxieuse et dépressive. Quant au diagnostic d'autres troubles somatoformes - qui a d'ailleurs été expressément écarté par l'expert psychiatre -, il n'a nullement été motivé par le Dr N._____. Ce dernier n'a au surplus pas fait état d'une dégradation de la capacité de travail de sa patiente ni n'a arrêté de nouvelles limitations fonctionnelles.

c) Sur le vu de ce qui précède, dès lors que la preuve de l'aggravation de l'état de santé de la recourante n'a pas été rapportée au degré de vraisemblance prépondérante, il n'existe aucun motif de révision - au sens de l'art. 17 LPGA - à même de justifier l'augmentation du droit à la rente d'invalidité.

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 27 mai 2024 par l'intimé confirmée.

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 recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 27 mai 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de F._____.

- 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 :

- F._____,
- 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 :