

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 juillet 2026

Composition : Mme PASCHE, présidente
 Mme Livet, juge, et Mme Rondi, assesseure
Greffière : Mme Matthey

* * * * *

Cause pendante entre :

C._____, à U***, recourante,

et

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

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

En fait :

A. a) C._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante [...] née en ***, ayant perdu son premier mari en 1994 alors que son enfant était âgé d'environ un an, remariée et mère de trois enfants nés entre 1993 et 2000, sans formation certifiante, titulaire d'une patente de cafetier-restaurateur depuis 2009, a déposé le 7 avril 1992 une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état de lombalgies chroniques existant depuis deux ans.

Par décision du 6 janvier 1997, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité entière du 1^{er} septembre 1992 au 28 février 1994, puis une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} mars 1994, eu égard à la capacité de travail exigible de 50 % dans une activité adaptée, telle que la profession de caissière.

b) Dans le cadre d'une procédure de révision initiée au mois d'octobre 1998, l'OAI s'est en particulier interrogé sur le statut de l'assurée, compte tenu de son absence de formation et du fait qu'elle avait désormais trois enfants. Se fondant sur les conclusions d'une enquête économique sur le ménage réalisée le 31 octobre 2003, qui retenait un statut de 100 % ménagère et un empêchement ménager de 48,1 %, il a, par décision du 11 mars 2004, supprimé le droit à une demi-rente de l'assurée et l'a remplacé par le droit à un quart de rente à compter du 1^{er} mai 2004.

Par décision du 20 juin 2006, confirmée par décision sur opposition du 14 septembre 2006, l'OAI a estimé que sa décision du 11 mars 2004 était manifestement erronée et a, par la voie de la reconsidération, supprimé le droit à la rente de l'assurée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de sa décision, se fondant sur un degré d'invalidité de 28 %. Par jugement du 31 août 2007 (AI 198/06 - 174/2007), le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté le recours formé par l'assurée à l'encontre de la décision sur opposition précitée et confirmé cette dernière. Par arrêt du 2 juillet 2008 (TF 9C_693/2007), le

Tribunal fédéral a admis le recours de l'assurée et annulé la décision sur opposition du 14 septembre 2006, considérant que les conditions d'une reconsidération n'étaient pas remplies. Le droit à un quart de rente, fondé sur un degré d'invalidité de 48,1 %, a donc été réintroduit dès le 1^{er} août 2006 (cf. décision du 15 octobre 2008 de l'OAI).

c) Dans le cadre d'une nouvelle procédure de révision d'office initiée le 16 septembre 2010, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a rappelé, par avis du 19 juin 2012, que l'assurée était au bénéfice d'un quart de rente depuis 2004 pour des lombosciatalgies droites L5 irritatives, des gonalgies droites, un trouble somatoforme indifférencié et une dysthymie, responsables d'une incapacité de travail de 50 % dans son activité habituelle de vendeuse [...], de 60 % (sic) dans une activité adaptée et de 48 % d'empêchements ménagers. Le médecin du SMR a constaté que, selon l'enquête ménagère réalisée le 27 juillet 2011, le statut de l'assurée avait changé, celle-ci devant être considérée comme 100 % active. Sur le plan médical, le médecin traitant de l'intéressée décrivait un état de santé stable, voire meilleur, avec une bonne évolution de la capacité de travail, alors que sa patiente lui communiquait des informations erronées. Par conséquent, le médecin du SMR a préconisé la réalisation d'une expertise rhumato-psychiatrique afin de réévaluer la capacité de travail de l'assurée.

La Clinique D._____ (ci-après : la D._____) a rendu son rapport d'expertise le 7 janvier 2013. Les médecins de la D._____ y ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques non spécifiques, d'asthénie R 53 avec syndrome d'apnée du sommeil léger et insomnie de maintien et de céphalées migraineuses, ainsi que les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0) et de trouble somatoforme indifférencié (F45.1). A leur avis, les lombalgies étaient responsables des limitations fonctionnelles suivantes : le port de charge excédant 10 kilos et les travaux imposant une stature en porte-à-faux du rachis. Cela dit, l'intéressée était capable d'effectuer un travail d'usinière à l'établi ou de vendeuse par exemple. Les céphalées migraineuses et l'asthénie importante pouvaient, quant à elles, exercer une

influence négative sur le rendement de l'ordre de 20 %, quelle que soit l'activité envisagée ; l'assurée disposait toutefois de ressources psychiques et intellectuelles pour s'adapter à un nouveau cadre social et à un nouvel emploi. Les médecins de la D._____ ont finalement expliqué que l'important handicap ressenti par l'expertisée ne trouvait pas son origine dans les affections médicales objectives dont elle souffrait mais plutôt au niveau psychosocial, en lien avec son vécu éprouvant, compte tenu de son histoire personnelle dramatique, qui la marquait encore profondément.

Par décision du 11 juin 2015, confirmant un projet de décision du 8 avril 2015, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée avec effet au 1^{er} août 2015. En substance, il a exposé qu'un statut d'active à 100 % devait lui être reconnu depuis 2006 et que l'expertise menée par la D._____ concluait à une capacité de travail exigible de 100 %, avec une baisse de rendement de 20 %. Ainsi, il a retenu que l'intéressée était capable d'exercer une activité de caissière, agente de contrôle qualité dans une chaîne de production, ouvrière de conditionnement de matériel léger, etc. Dès lors que l'assurée ne travaillait plus depuis de nombreuses années, il convenait de se baser sur les données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour déterminer le revenu sans invalidité, comme pour le revenu d'invalidité ; dans un tel cas toutefois, le degré d'invalidité se confondait avec celui de l'incapacité de travail, soit 20 % en l'occurrence. Ce degré d'invalidité étant inférieur à 40 %, le droit à la rente devait s'éteindre. L'assurée n'a pas recouru contre cette décision.

B. Le 10 décembre 2015, l'assurée a demandé une révision de son dossier, au motif que son état de santé s'était aggravé. Elle a produit diverses pièces médicales pour étayer cette aggravation et a complété, le 7 juillet 2016, le formulaire officiel de demande de prestations.

L'OAI est entré en matière sur cette nouvelle demande et a instruit le dossier, compte tenu de l'aggravation psychique rapportée depuis le mois de mai 2015 (cf. avis SMR du 8 juin 2016).

Le 18 janvier 2017, le SMR a toutefois estimé que la situation sur le plan somatique n'avait pas évolué par rapport à la situation d'avant la dernière décision de l'OAI. Du point de vue psychiatrique, les plaintes de l'assurée ainsi que le status étaient superposables à ce que l'on retrouvait dans l'expertise psychiatrique de la D._____ ; le diagnostic retenu par le psychiatre traitant de trouble dissociatif non spécifié en lieu et place d'un diagnostic de trouble somatoforme consistait en une appréciation différente de la même situation, qui existait en outre depuis l'adolescence, de sorte qu'il n'était pas nouveau. Le SMR a ainsi estimé qu'une péjoration de l'état de santé n'était pas documentée.

Par décision du 23 mars 2017, confirmant un projet de décision du 20 janvier 2017, l'OAI a rejeté la demande de révision de l'assurée, au motif que l'examen de sa demande n'avait pas permis d'objectiver une modification de son état de santé depuis la décision du 11 juin 2015.

C. Le 17 novembre 2017, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, expliquant avoir travaillé dans le restaurant détenu par son mari entre le 1^{er} juin et le 30 novembre 2017 en qualité de serveuse et renvoyant à l'avis de ses médecin et psychiatre traitants s'agissant de son état général et de sa dépression. Elle a joint à sa demande diverses pièces médicales.

L'OAI est entré en matière sur cette nouvelle demande (cf. courrier du 19 décembre 2017).

Le SMR a rédigé un avis le 21 mars 2019, dont la teneur est la suivante (sic) :

« **Discussion :**

L'assurée, reconnue rentière depuis 1992, s'est vue supprimer progressivement sa rente. La décision finale de suppression de juin 2015 a été suivie d'une nouvelle demande en juillet 2016. Celle-ci a été rejetée pour absence d'aggravation. La demande en cours du 17.11.2017 est motivée selon les médecins qui suivent l'assurée par :

- une aggravation somatique (lombo coxalgies consécutives à l'accident automobile du 14.06.2017)

- une aggravation de l'état psychique puisqu'une possible schizophrénie est évoquée, accompagnée d'un épisode dépressif moyen puis léger

Concernant les douleurs post fracturaires, leur intensité est douteuse quand on considère le traitement antidouleurs prescrit. En effet, d'après les données du Compendium, celui-ci ne peut être efficace à cette dose. De plus nous sommes à plus de 20 mois de l'accident. Elles ne peuvent voir un caractère incapacitant durable.

Pour ce qui est de l'état psychique, l'épisode dépressif actuel est qualifié de léger (donc d'intensité identique à celui présent lors de l'expertise de 2012). Nous sommes surpris que le Dr G. _____ n'ait pas encore pu trancher entre les diagnostics de schizophrénie et celui de trouble dissociatif non spécifié (qui appartient aux troubles somatoformes). Dans aucune des expertises psychiatriques (Dr J. _____ en 2013 et F. _____ en 2017), il n'est évoqué une possible psychose voire des traits psychotiques. Aucun élément ne plaide en faveur du diagnostic de schizophrénie (absence d'antécédents familiaux, enfance et adolescence sans particularité, vie de couple et de parent sans trouble grave, âge actuel). Par contre, la stabilité des troubles, le deuil du premier mari, sont des éléments en faveur de trouble dissociatif non spécifié d'autant plus que le diagnostic de troubles somatoformes (non incapacitants) était retenus par les experts de 2013.

Dans ces conditions, sans repasser par une nouvelle expertise (étant donné la cohérence de l'évolution des troubles par rapport aux diagnostics retenus par les experts en 2013), nous pouvons estimer que l'état de santé de l'assurée ne présente pas d'aggravation susceptible d'entraîner une incapacité durable autre que celle estimée par les experts en 2012.

Conclusion:

Absence d'aggravation »

Par décision du 11 juillet 2019, confirmant un projet de décision du 16 mai 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif qu'une modification de son état de santé n'avait pas pu être objectivée depuis la décision du 23 mars 2017.

D. Le 18 octobre 2021, l'assurée a déposé une quatrième demande de prestations auprès de l'OAI, en expliquant avoir été exploitante de restaurant à 100 % de juin 2020 au 31 mars 2021 ; elle présentait des douleurs physiques invalidantes, une fatigue extrême et des troubles psychiques depuis plusieurs années, à l'origine d'une incapacité de travail totale du 31 mars 2021 au 31 mai 2021, puis d'une incapacité de travail de 50 % du 28 mai 2021 (sic) au 30 juin 2021, puis d'une nouvelle incapacité de travail totale depuis le 3 septembre 2021.

Dans un rapport du 26 novembre 2021 à l'OAI, le Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de rachialgies et douleurs steno-claviculaires droites, de syndrome douloureux chronique, de tabagisme actif avec bilan pneumologique normal, d'hypothyroïdie sur thyroïdite auto-immune, de lombococcalgie chronique et rebelle, de douleurs de l'hémicorps droit et hémisyndrome sensitif subjectif avec acroparesthésies à type de brûlure de la main d'origine indéterminée, de lombo-sciatalgies chroniques à prédominance droite, non déficitaire, de syndrome algo-dysfonctionnel de l'appareil masticatoire des deux côtés sur dysfonction des articulations temporo-mandibulaires, de trouble anxio-dépressif chronique sévère, de dysphonie de type hyperfonctionnelle, de somnolence diurne dans le contexte d'un sommeil fragmenté, d'allergie aux acariens avec rhinite chronique et de céphalées récidivantes. Il a indiqué que sa patiente se trouvait depuis très longtemps dans une incapacité de travail totale, avec une incidence aussi très importante sur ses activités simples de la vie quotidienne ; le pronostic était plus que réservé quant à une reprise, même partielle, d'activité professionnelle.

Répondant le 13 mars 2022 au formulaire de détermination de son statut, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100 % en qualité de restauratrice, par intérêt personnel et nécessité financière.

Le dossier de l'assureur perte de gain de l'assurée, L._____, a régulièrement été transmis à l'OAI. Il en ressort en particulier les pièces suivantes :

- un rapport d'arthro-IRM et infiltration de l'épaule gauche du 30 avril 2020, concluant à une tendinopathie et enthésopathie du tendon du long chef du biceps sans déchirure et à des signes de capsulite rétractile et insuffisance de l'intervalle ;

- un rapport relatif à des radiographies de la colonne cervicale face, profil, deux obliques et odontoïde en transbuccal de face debout du 21 décembre 2020, dont il ressortait ce qui suit :

« **Description**

Pas de fracture. Alignement correct.

Trouble statique discret avec une rectitude cervicale.

Ebauche de discopathie C5-C6 avec une ostéophytose surtout antérieure mais également postérieure ainsi qu'avec une arthrose des articulations postérieures.

Arthrose entre l'arc antérieur de C1 et l'apophyse odontoïde.

Calibre normal en antéro-postérieur du canal spinal.

Rapports C1-C2 conservés.

Pas de rétrécissement significatif des trous de conjugaison.

Sommets pulmonaires visibles sans lésion.

Hypertrophie des apophyses transverses de C7.

Structure osseuse normale. »

- un rapport d'IRM de la colonne cervicale du 21 décembre 2020, concluant à un trouble statique discret du rachis cervical et à une discopathie C5-C6 avec une saillie disco-ostéophyttaire postérieure diffuses non sténosante et sans myélopathie en regard ;

- un rapport établi le 16 mars 2021, dans lequel le Dr H._____, spécialiste en neurologie, a relevé que la patiente se plaignait de nausées, de vertiges, de douleurs au fond de l'œil droit, ainsi que d'une douleur cervicale irradiant dans l'hémicrâne à droite et des douleurs de l'épaule gauche en lien avec une capsulite ; le status neurologique complet et détaillé s'était révélé normal ; le tableau à caractère fibromyalgique était assez floride, caractérisé par un comportement douloureux intense à la palpation des tissus mous même légère. A son avis, il s'agissait d'un syndrome douloureux diffus sans aucun substrat neurologique sous-jacent ;

- un rapport du 14 juin 2021 au médecin-conseil de L._____, par lequel les Drs M._____, médecin au Service de rhumatologie du CHUV, et P._____, médecin assistant, ont posé les diagnostics de rachialgies et douleurs sterno-claviculaires droites sur discopathie inflammatoire MODIC 1 (classification de lombalgies [3 stades]) à C4-5 et de syndrome douloureux

chronique, ainsi que les diagnostics précédents ayant des implications de lombalgies chroniques avec deux hospitalisations pour gestion de l'antalgie, de migraines, de névralgie du trijumeau droite, d'apnée du sommeil non appareillée, d'épisodes dépressifs sévères avec deux tentatives de suicides en 1997 et 2007, de capsulite rétractile à gauche suivi en polyclinique à R***, de névralgie d'Arnold et de syndrome de l'intestin irritable. Ces atteintes entraînaient une réduction de la capacité physique et une diminution de rendement avec un besoin de pauses fréquent, ainsi qu'une probable réduction de la performance cognitive. Ils recommandaient une reprise progressive de l'activité professionnelle dans le but d'augmenter la chance d'atteindre une capacité de travail à moyen terme. Il convenait d'éviter des activités comme soulever des charges lourdes de plus de dix kilos, le travail en porte-à-faux, les mouvements répétitifs avec les épaules et avec les bras au-dessus de la ligne horizontale des épaules, ainsi que les activités physiquement éprouvantes ou nécessitant une puissance ou une résistance physique importante ;

- un rapport d'expertise établi le 4 janvier 2022 sur demande de la L._____ par les Drs O._____, spécialiste en rhumatologie, et I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du Centre N._____ (ci-après : le N._____), à S***. L'expert rhumatologue a noté l'existence de cervicalgies latéralisées à droite (uncodiscarthrose C5-C6 non compressive, banale à l'âge de l'assurée) mais a constaté que la capsulite rétractile présente à l'épaule gauche avait totalement guéri et que l'on ne pouvait poser le diagnostic de fibromyalgie, les douleurs n'étant pas diffuses. A son sens, les anomalies cliniques et radiographies objectives discrètes n'expliquaient pas l'importance de la gêne fonctionnelle alléguée et justifiaient d'envisager une pathologie psychiatrique associée. Sur le plan psychiatrique, l'experte I._____ a posé les diagnostics non incapacitants de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de majoration de symptômes physiques pour raisons psychiques (F68.0) et de dysthymie (F34.1). Les experts du N._____ ont en définitive retenu une capacité de travail entière depuis toujours, l'activité exercée par l'expertisée étant adaptée. Le pronostic sur le plan rhumatologique était favorable, mais grevé par la vraisemblable pathologie psychiatrique associée ; quant au pronostic

psychique, il était réservé en l'absence de motivation au changement de l'assurée, aucune modification de traitement n'étant pour le surplus préconisée. Sous l'intitulé « autres remarques », les experts ont indiqué qu'il existait un écart énorme entre les plaintes alléguées, l'impossibilité décrite par l'assurée de se livrer aux activités ménagères basiques et la discrétion des signes objectifs cliniques et paracliniques ;

- un courrier du 20 janvier 2022 à l'assurée, par lequel L. _____ lui a indiqué que l'expertise menée par le N. _____ avait conclu à une pleine capacité de travail dans toute activité, de sorte que les prestations d'indemnités journalières seraient suspendues à compter du 26 février 2022 ;

- un rapport du 23 février 2022 à L. _____, par lequel le Dr T. _____, médecin assistant aux Etablissements Hospitaliers du A. _____ (ci-après : les A. _____), a souligné suivre l'assurée à sa polyclinique d'orthopédie depuis le 31 mars 2020, notamment pour une capsulite rétractile de son épaule gauche, pathologie dont la symptomatologie pouvait durer jusqu'à deux ans, ainsi que pour un conflit antéro-supérieur avec tendinopathie du long chef du biceps. Le médecin précité a expliqué que, lors du contrôle du 18 février 2022, la patiente était très plaintive et présentait une évolution clinique stagnante malgré l'infiltration de cortisone. Il préconisait de continuer un traitement conservateur avec notamment de la physiothérapie et aussi de consulter à nouveau son médecin traitant, ainsi qu'un neurologue. D'un point de vue purement orthopédique, il estimait que l'assurée était partiellement limitée dans l'amplitude articulaire de son épaule gauche par les douleurs ; celle-ci décrivait également des douleurs lors du port de charges avec son membre supérieur gauche ;

- un courrier du 22 mars 2022 à l'assurée, dans lequel L. _____ a maintenu la position adoptée par courrier du 20 janvier 2022, le rapport de l'A. _____ n'apportant pas d'élément médical probant.

En réponse au médecin du SMR, le Prof. U._____, chef de service au Service de rhumatologie du CHUV, a indiqué que l'assurée avait été examinée deux fois à la consultation de rhumatologie les 31 mars et 12 mai 2021, et qu'aucun suivi n'était prévu.

Aux termes d'un courrier du 31 mai 2022 à l'OAI, le fiduciaire BG._____ a expliqué que l'assurée « s'occupait de la partie administrative à mi-temps dans chacun de ces restaurants mais au vu de sa maladie elle [était] malheureusement trop fatiguée pour continuer ce travail ».

Dans un rapport du 23 juin 2022 à l'OAI, le médecin traitant de l'assurée a en particulier attesté une incapacité de travail totale sur le plan professionnel, ainsi qu'une incapacité totale chronique pour la gestion des activités de sa vie quotidienne, l'aide de son mari et de ses deux enfants étant nécessaire.

Avec son envoi, le Dr K._____ a joint un rapport établi le 7 juin 2022, dans lequel les Dres S._____, cheffe de clinique au Service de neurologie du CHUV, et V._____, médecin assistante, ont mis en évidence que la patiente présentait des céphalées de forte intensité, chroniques, à caractère pulsatile, non latéralisées, présentes en permanence associées à une photophobie et des nausées avec une aggravation à l'effort. Les médecins précitées ont évoqué à ce stade, et au vu d'une clinique suggestive, une suspicion de migraines chroniques avec possibles symptômes dysautonomiques accompagnateurs. Elles ont préconisé un traitement médicamenteux et un avis à l'Hôpital X._____ s'agissant des troubles ophtalmologiques.

Dans un rapport du 2 août 2022 à l'OAI, la Prof. BM._____, médecin adjointe à l'Unité de neuro-ophtalmologie de l'Hôpital ophtalmique X._____, a fait état d'une absence de diagnostic neuro-ophtalmique posé, l'examen neuro-ophtalmologique du 15 juillet 2022 étant normal. La capacité de travail s'élevait ainsi à 100 % quelle que soit l'activité.

Par avis du 6 septembre 2022, le médecin du SMR a indiqué que l'expertise menée par le N._____ sur mandat de L._____ était claire et convaincante et qu'il y avait lieu de suivre ses conclusions, selon lesquelles l'assurée ne présentait aucune atteinte incapacitante, et ce depuis toujours. Concernant la dernière consultation fournie, il a indiqué que l'intéressée souffrait de migraines depuis longtemps, sans que celles-ci n'aient été reconnues comme incapacitantes ; le status neurologique était en outre globalement rassurant. Dans ces conditions, il estimait que l'assurée ne présentait pas d'aggravation incapacitante de son état de santé depuis la dernière décision. Le médecin du SMR a encore relevé que l'assurée avait travaillé à 100 % sur une période conséquente, ce qui confirmait le bienfondé de la décision précédente.

Par projet de décision du 4 octobre 2022, l'OAI a signifié à l'assurée son intention de rejeter sa demande de prestations du 18 octobre 2021. Il a exposé que, dans le cadre de l'instruction de sa nouvelle demande, il ressortait des pièces au dossier qu'aucune aggravation durable et notable de son état de santé n'était rendue plausible depuis la décision du 11 juillet 2019.

Le 24 octobre 2022, l'assurée a contesté le projet de décision susmentionné. Avec son envoi, elle a en particulier produit un rapport relatif à une IRM de la colonne cervicale réalisée le 22 septembre 2022, concluant à une stabilité de la discopathie C5-C6 précédemment visible, sans caractère inflammatoire, à une absence de signe de myélopathie, de rétrécissement significatif du sac dural ou de conflit radiculaire, ainsi qu'à une minime inversion segmentaire de la lordose cervicale physiologique, de C4 à C6, pouvant être en rapport avec une hypertonie de la musculature paravertébrale et bénéficier d'un traitement par myorelaxant.

Le 23 janvier 2023, l'assurée a adressé à l'OAI :

- un rapport du 20 octobre 2022, par lequel la Dre S._____ a posé le diagnostic principal de céphalées importantes dans le contexte de « suspicion de migraine chronique +/- symptômes dysautonomiques » et

composante de névralgie d'Arnold possible, et de douleur rétrooculaire droite d'allure chronique avec un doute sur l'étiologie inflammatoire sous-jacente. Elle a rapporté une évolution peu favorable, la patiente présentant des contractures cervicales majeures, sans argument clinique pour une dystonie cervicale ; sur le plan médicamenteux, l'intéressée était peu aidée par les traitements symptomatiques de prise en charge des céphalées ; il existait également un contexte psychologique difficile avec un suivi psychiatrique actuel mais des changements de psychologues réguliers. La Dre S._____ a proposé un traitement par hypnose thérapeutique ou par acupuncture, la physiothérapie étant peu efficace ;

- un rapport établi le 1^{er} décembre 2022, dans lequel le Prof. E._____, médecin adjoint au Service d'endocrinologie du CHUV, et la Dre CC._____, médecin assistante, ont posé le diagnostic principal d'hypothyroïdie primaire d'origine auto-immune, sans qu'un suivi ne soit prévu.

Aux termes d'un rapport du 22 mars 2023, le Prof. U._____ et le Dr P._____ ont expliqué que l'assurée avait séjourné au Service de rhumatologie du CHUV du 27 février au 10 mars 2023 pour un bilan étiologique multidisciplinaire et un traitement multimodal de la douleur avec l'échec de la prise en charge ambulatoire. Ils ont constaté un syndrome douloureux chronique très sévère, qui remplissait les critères ACR pour la fibromyalgie et était associé au parcours de vie difficile de la patiente. Ils ont également retrouvé une arthrose cervicale de C4 à C6, une tendinopathie du long chef du biceps et du sous-scapulaire à gauche et une névralgie du trijumeau à droite, ainsi qu'une névralgie d'Arnold. Les médecins précités ont recommandé un traitement psychothérapeutique, de la physiothérapie en piscine, le développement de moyens de détente, ainsi qu'un suivi neurologique au CHUV et un suivi ostéopathique. Ils ont estimé la capacité de travail de la patiente comme nulle, en raison de ses très faibles ressources physiques, psychologiques, sociales et culturelles.

Dans un rapport du 11 avril 2023, le Dr Z._____, chef de clinique au Service de neurologie du CHUV, a posé le diagnostic

d'hémicrânie chronique et noté que l'état de santé de l'assurée était stable, avec une persistance des symptômes. Il n'existait aucune limitation fonctionnelle du point de vue neurologique, la capacité de travail étant totale. Le Dr Z._____ a toutefois indiqué qu'une baisse de rendement était possible dans le cadre de céphalées invalidantes pouvant entraver la pratique professionnelle à hauteur de 50 %.

Par rapport du 27 juin 2023 à l'OAI, le Dr K._____ a exposé que la situation générale de sa patiente ne s'était pas améliorée, celle-ci se trouvant toujours en incapacité de travail totale. Il a joint à son envoi les pièces suivantes :

- un rapport du 17 janvier 2023, par lequel les Dres Y._____, médecin adjointe au Service de rhumatologie du CHUV, et Q._____, médecin assistante, ont noté que l'assurée présentait des douleurs ubiquitaires non modifiées depuis la dernière consultation rhumatologique à la fin de l'année 2021, avec une absence de syndrome inflammatoire et des IRM cervicales sans argument pour une maladie inflammatoire rhumatologique ; dans ce contexte, elles ne retenaient pas d'indication à un suivi en rhumatologie ;

- un rapport du 20 mars 2023, par lequel les médecins du Centre d'antalgie du CHUV ont indiqué avoir effectué un premier bloc échoguidé du nerf grand occipital droit sous échographie le 16 février 2023, au vu des céphalées que présentait la patiente.

Aux termes d'un rapport du 9 juillet 2023 à l'OAI, le Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de trouble de stress post-traumatique complexe (ICD 11 6B41) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) existants depuis environ 2020. Il a expliqué suivre l'intéressée depuis le 6 février 2023 et a attesté une incapacité de travail totale du 12 avril au 9 juillet 2023. Selon lui, le pronostic demeurerait extrêmement défavorable pour une reprise de l'activité professionnelle à 100 %, compte tenu de la

persistance de symptômes douloureux, dépressifs et anxieux, et de la situation sociale et familiale catastrophique de sa patiente, ainsi que de ses faibles ressources personnelles en termes d'introspection et d'adaptabilité. Les limitations fonctionnelles étaient liées aux douleurs chroniques et à la fatigue affectant les capacités de l'assurée à maintenir un effort prolongé dans le temps. Selon le psychiatre traitant, le principal obstacle à toute tentative de prise en charge rééducative ou de réinsertion était la situation familiale, avec la présence d'un conflit constant entre l'assurée et son mari, accompagné de problèmes financiers liés au restaurant géré par celui-ci.

Avec son envoi, le psychiatre traitant a joint un rapport établi le 10 mars 2023, dans lequel le Dr CL._____, chef de clinique adjoint au Service de psychiatrie de liaison du CHUV, a expliqué avoir effectué un bilan psychiatrique de l'intéressée dans le cadre de son hospitalisation en rhumatologie pour un traitement multimodal de la douleur. Dans ce rapport, le médecin précité a posé les diagnostics de personnalité émotionnellement labile, de type impulsif (F60.3) et de trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique (F33.2). Il a mis en évidence un sentiment d'impuissance quant à la situation conjugale, sociale et relative à ses nombreuses comorbidités sur le plan somatique ; dans ce contexte, il a préconisé un accompagnement en médecine physique progressif adapté à la kinésiophobie et au catastrophisme, des séances d'éducation face à la douleur et aux croyances erronées, ainsi qu'une approche motivationnelle vis-à-vis des changements de l'hygiène de vie de la patiente. Sur le plan du pronostic clinique et de la reprise du travail, le Dr CL._____ a noté que celui-ci était sombre chez une patiente n'ayant pas travaillé depuis plusieurs années, souffrant de nombreuses comorbidités somatiques et psychiatriques et ayant peu de ressources.

Dans un rapport établi le 21 septembre 2023 à l'attention de l'OAI, la Dre CM._____, médecin au Service de neurologie du CHUV, a posé les diagnostics de céphalées mixtes d'origine multifactorielle, de syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie et de trouble dépressif récurrent existant depuis 1997 au moins. A ses yeux, il était difficile d'évaluer la capacité de travail de sa patiente, celle-ci dépendant en premier lieu du

syndrome douloureux chronique. Elle estimait toutefois que la capacité de travail de l'intéressée pouvait connaître une diminution de rendement, en raison des céphalées présentes plus de quinze jours par mois, celle-ci étant parfois invalidantes. Elle a également noté le manque de ressources sociales et financières de l'assurée, ainsi que des limitations en lien avec les douleurs et le trouble dépressif récurrent.

Par avis du 12 octobre 2023, le médecin du SMR a noté que, de façon générale, les estimations de la capacité de travail de l'assurée par ses médecins traitants étaient parasitées par des éléments psychosociaux voire culturels. Sur le plan somatique, les diagnostics étaient les mêmes, l'état de santé étant stable depuis 2020. Sur le plan psychiatrique, la situation n'était pas claire, les différents psychiatres posant divers diagnostics ne se recoupant pas. Il convenait de poursuivre l'instruction, en requérant des précisions au psychiatre traitant.

Répondant aux questions soumises par l'OAI, le fiduciaire BG._____ a expliqué que l'assurée avait travaillé du 1^{er} septembre 2020 au 28 février 2022 à 50 % au Restaurant SU._____, à U***, et du 1^{er} juillet 2020 au 28 février 2022 à 50 % au Café TA._____, à W*** (cf. courrier électronique du 1^{er} novembre 2023).

Aux termes d'un rapport du 26 décembre 2023 à l'OAI, le Dr R._____ a noté que la situation clinique de sa patiente n'avait guère évolué sur le plan psychiatrique, la symptomatologie anxieuse et dépressive restant globalement superposable à celle exposée dans son précédent rapport de juillet 2023. Il a indiqué que le diagnostic de trouble de stress post-traumatique complexe était plus représentatif de l'état actuel de sa patiente que le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif précédemment évoqué par le Dr CL._____. Le psychiatre traitant a souligné le peu de ressources que présentait sa patiente, la situation sociale et familiale demeurant globalement inchangée et avec des conflits intrafamiliaux majeurs ; sur le plan psychologique, l'intéressée faisait preuve de peu d'introspection pour un travail

psychothérapeutique et présentait des conduites d'évitement et une forte passivité.

Dans un avis du 6 février 2024, le médecin du SMR a relevé que l'assurée aurait présenté une aggravation de son état de santé depuis avril 2021 sur les plans somatique et psychiatrique, mais aurait travaillé à 100 % de septembre 2020 à février 2022 (avec toutefois un faible revenu). Il a souligné que l'expertise menée à la demande de L._____ était peu convaincante, en particulier sur le plan psychiatrique, mais que les rapports des médecins traitants l'étaient assez peu aussi, surtout en ce qui concernait les évaluations des capacités de travail, parasitées par le contexte psychosocial. Dans ces conditions, le médecin du SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (psychiatrique, rhumatologique, neurologique et de médecine interne).

L'OAI a, par conséquent, confié la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire au N._____, où l'assurée a été examinée les 16, 17, 18 et 19 avril 2024 par les Drs W._____, spécialiste en médecine interne générale, N._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en médecine interne générale, UU._____, spécialiste en neurologie, et I._____. Aux termes de leur évaluation consensuelle du 24 juin 2024, les experts précités ont fait état de ce qui suit :

« 4. 3 Diagnostics pertinents avec brève description des limitations fonctionnelles résultant des constatations

Diagnostics non incapacitants :

- F34. 1 Dysthymie, ancienne, probablement apparue dans les suites d'épisodes thymiques antérieurs, notamment ceux qui ont donné lieu à des tentamens.
- F45. 4 Syndrome douloureux somatoforme persistant, à l'origine d'une détresse psychologique légère.
- Cervicalgie (M50.3) et lombalgie (M51.3) sur spondylarthrose légère à modérée, compatibles avec l'âge de l'expertisée, avec des douleurs et une mobilité articulaire active qui paraissent surdimensionnées par rapport aux constatations objectives cliniques et radiologiques, ainsi que par rapport à la participation sociale de l'expertisée qui parvient à rester autonome pour ses activités quotidiennes, ses déplacements notamment la conduite automobile sur longue distance.

- Douleurs diffuses mal systématisées des épaules, du membre inférieur droit, sans signe d'arthrite ni irradiation radiculaire systématisée.
- Status après tendinopathie de la coiffe des rotateurs en 2023 et status après capsulite de l'épaule gauche en 2020, actuellement, la coiffe des rotateurs est compétente sans douleurs en regard des tendons testés.
- Douleurs cervico-crâniennes d'origine indéterminée (possible névralgie du trijumeau ; possible névralgie du grand nerf d'Arnold ; possibles céphalées vasomotrices atypiques ; plus probablement symptomatologie en relation avec le syndrome somatoforme douloureux).
- Rachialgies cervico-dorso-lombaires et douleurs des quatre extrémités, sans substrat neurologique somatique, rentrant vraisemblablement dans le cadre d'un syndrome somatoforme douloureux.
- Primo-infection tuberculeuse (1998 ; traitement prophylactique durant 6 mois).
- Hypothyroïdie sur thyroïdite auto-immune substituée (diagnostiquée en 1997).
- Kystectomie ovaire droit par laparoscopie (1990 et 1991).
- Laparoscopie exploratrice avec adhésiolyse (2014).
- Nouvelle laparoscopie exploratrice avec adhésiolyse et cholécystectomie (2016).
- Hystérectomie pour myome (2011).
- Ronchopathie avec syndrome d'apnées du sommeil léger (polygraphie 2016).
- Septoplastie turbinoplastie inférieure en février 2012.
- Maladie hémorroïdaire avec intervention en novembre 2016.
- Cotopathie fonctionnelle.
- Stéatose hépatique.
- Kyste sacro-coccygien.
- Allergie aux acariens avec rhinite chronique.
- Tabagisme chronique.

Comme en 2022, on ne peut éliminer formellement la possibilité d'une majoration de symptômes physiques, pour raisons psychologiques.

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

Existence de traits passifs dépendants.

4. 5 Motivation de la capacité de travail globale

La CT [capacité de travail] est de 80% depuis la décompensation des douleurs et l'arrêt de travail évoluant depuis avril 2021.

La CT est amoindrie en raison d'une baisse de rendement de l'ordre de 20%.

Des mesures ergonomiques comme prendre des pauses récurrentes et respecter les limitations fonctionnelles du rachis devront théoriquement permettre de prévenir les crises algiques dans le cadre du rachis dégénératif.

L'activité habituelle de l'expertisée, aide serveuse (50%) et gérante de restaurant (50%) comporte des tâches variées, elle est adaptée.

[...]

4. 7 Capacité ou incapacité de travail dans une activité adaptée

- Quelles devraient être les caractéristiques d'une activité adaptée de manière optimale au handicap de l'assuré(e) ?

Limitations fonctionnelles du rachis dégénératif cervical et lombaire :
Pas de position prolongée ou répétée en porte à faux sur le tronc, pas de port répété de charge supérieure à 10 kg, pas de position assise prolongée sur plus de 50 minutes avec changement possible de position. Pas de position debout prolongée sur plus de 30 minutes. Pas de position prolongée de la tête penchée en avant.

- Quel serait le temps de présence maximal possible dans cette activité (en heures par jour) ?

8h30.

- La performance de l'assuré serait-elle également réduite durant ce temps de présence pour une activité de ce type ?

Oui.

- Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?

20% en raison des douleurs rachidiennes sur discopathies, besoin de pauses récurrentes et vitesse de travail lente.

- A quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité ou l'incapacité de travail (indiquer les deux valeurs) de l'assuré(e) dans une activité de ce type sur le marché ordinaire du travail, par rapport à un emploi à 100% ?

Capacité 80% (incapacité 20%).

- Comment cette capacité de travail a-t-elle évolué au fil du temps ?

La capacité de travail est de 80% depuis le début de l'incapacité actuelle en avril 2021.

4. 8 Mesures médicales et thérapies avant une incidence sur la capacité de travail

- Du point de vue de l'expert, la capacité de travail peut-elle encore être améliorée de manière significative par des mesures médicales (si non, justification succincte) ?

Aucune, la situation est définitive. »

Dans un avis du 16 juillet 2024, le médecin du SMR a estimé que l'expertise susmentionnée était claire et convaincantes, de sorte qu'il convenait de s'y rallier. Une capacité de travail de 80 % devait être retenue,

identique à celle ayant motivé la décision du 11 juin 2015, ce qui était cohérent avec l'absence d'aggravation depuis cette date.

Par décision du 18 juillet 2024, l'OAI a confirmé son projet de décision du 4 octobre 2022 et rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif qu'elle présentait toujours une pleine capacité de travail avec une baisse de rendement de 20 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telle que retenue dans sa décision du 11 juin 2015.

E. Par acte du 17 septembre 2024, C._____ a interjeté un recours à l'encontre de la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation (*recte* : sa réforme) et à ce qu'une rente d'invalidité lui soit octroyée. Elle a également requis le bénéfice de l'assistance judiciaire. En substance, la recourante a contesté l'appréciation de l'intimé, selon laquelle elle serait capable de travailler dans une activité adaptée à ses problèmes de santé. Elle a expliqué ne pas pouvoir effectuer d'efforts continus en raison de ses douleurs et de sa fatigue, être très sensible au stress, qui augmentait ses douleurs, être vite débordée et inquiète pour l'avenir. Elle a en particulier mentionné ses deux tentatives de suicide.

Par courrier du 9 octobre 2024, la recourante a renoncé à l'assistance judiciaire pour l'avance de frais.

Par réponse du 27 novembre 2024, l'intimé a proposé le rejet du recours.

Par réplique reçue par la Cour de céans le 13 janvier 2025, la recourante a exposé que l'intimé l'avait obligée à travailler pendant des années et qu'au fil des années, son état de santé s'était aggravé. Elle a joint diverses pièces à son envoi, figurant pour l'essentiel déjà au dossier de l'intimé, à l'exception des pièces suivantes :

- une demande de prestations à domicile du 8 mars 2024, en particulier d'aide au ménage à raison d'une fois par semaine (« aspirateur, laver le sol,... selon besoin ») ;

- un rapport du 12 mars 2024, par lequel les Drs DK._____ et DL._____, respectivement médecin adjoint et chef de clinique au Centre d'antalgie du CHUV, ont indiqué que l'intéressée avait consulté leur service du 9 février 2023 au 8 février 2024. Ils ont posé les diagnostics principaux de douleurs chroniques primaires et de douleurs chroniques musculosquelettiques généralisées. Ils ont expliqué que les deux blocs du nerfs grand occipital droit pratiqués les 16 février et 23 novembre 2023 s'étaient avérés inefficaces sur la symptomatologie douloureuse (céphalées) ; l'essai du TENS avait été interrompu après une semaine par manque d'efficacité. En outre, les mesures préconisées et implémentées lors de son séjour multimodal du 27 février au 10 mars 2023 n'avaient pas apporté de bénéfice au quotidien. N'ayant pas de proposition supplémentaire, les Drs DK._____ et DL._____ n'avaient pas prévu de consultation supplémentaire ;

- un rapport établi le 17 juillet 2024, par lequel la Dre DM._____, spécialiste en neurologie, a expliqué que l'effet de la dernière injection sur les migraines chroniques de la recourante avait duré environ dix semaines ; des sessions d'hypnose thérapeutique étaient agendées en août et septembre 2024 et la prochaine injection de Botox aurait lieu en octobre 2024 ;

- un rapport du 1^{er} octobre 2024 relatif à une IRM de la colonne lombaire, qui mettait en évidence ce qui suit :

« **Description**

Colonne lombaire:

Comparatifs du 10.12.2017.

Respects des murs antérieurs et postérieurs ainsi que de la hauteur des corps vertébraux.

On retrouve un discret pincement L5-S1, sans changement. Pas d'olisthésis. Pas de trouble de la statique ni anomalie de transition. Arthrose facettaire postérieure L5-S1 bilatérale.

Status après cholécystectomie. Stase stercorale du colon ascendant.

Bassin

Respect de la trame osseuse. Rapports articulaires conservés. Pas de chondrocalcinose de la symphyse pubienne. Pas d'anomalie des parties molles. »

- une lettre de sortie provisoire rédigée le 4 octobre 2024, dont il ressortait que la recourante avait séjourné dans le Service de médecine des A._____ du 29 septembre au 3 octobre 2024. La Dre DN._____, médecin assistante, a posé le diagnostic de lombo-sciatalgies chroniques à prédominance droite. Elle a noté que la patiente présentait des lombalgies acutisées par suite d'un faux mouvement dans sa douche ; elle avait été hospitalisée pour gestion d'antalgie et avait, dans ce cadre, bénéficié d'une antalgie par morphine permettant un soulagement partiel des douleurs, puis par Tramadol retard et en goutte avec une amélioration progressive des douleurs. L'examen neurologique restait inchangé au cours du séjour. La patiente avait bénéficié de physiothérapie avec reprise progressive de la mobilisation ;

- un rapport établi le 26 octobre 2024, par lequel le Dr FB._____, médecin assistant au Service des urgences des A._____, a posé le diagnostic de kyste surinfecté de la fesse gauche, qui avait été incisé pour évacuation du pus ;

- un rapport relatif à une IRM cérébrale réalisée le 29 octobre 2024, concluant à une absence d'anomalie de signal, d'épaississement ni de réhaussement pathologique du nerf trijumeau bilatéralement, à une artère cérébelleuse supérieure située au-dessus du nerf trijumeau à son émergence, entrant en contact au niveau de la partie supérieure de la « trigger zone » ; la relation avec la symptomatologie était incertaine au vu de l'absence « d'effet pince ». Le reste de l'examen était globalement superposable au comparatif ;

- un rapport relatif à une IRM lombaire réalisée le 31 octobre 2024, concluant à une discopathie dégénérative L4-L5 sans hernie discale ni sténose foraminale ou rétrécissement, ainsi qu'à une arthrose facettaire postérieure bilatérale en phase congestive modérée L4-L5 et L5-S1.

Par duplique du 29 janvier 2025, l'intimé a confirmé sa position, renvoyant à l'analyse de la situation médicale effectuée par le SMR le 27 janvier 2025, qu'il a jointe à son écriture. D'après cette pièce, les éléments fournis par la recourante étaient connus de longue date ou ne montraient pas une aggravation durable et incapacitante de l'état de santé (lombalgies à la suite d'un faux mouvement). Dans ces conditions, le SMR estimait que les conclusions de l'expertise de 2024 n'étaient pas remises en question.

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 compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à nier le droit de la recourante à des prestations de l'AI à la suite de sa nouvelle demande du 18 octobre 2021.

3. a) 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).

b) En l’occurrence, au vu de la date du dépôt de la demande, soit le 18 octobre 2021, le nouveau droit est applicable.

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

b) L’assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d’accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement

exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGa).

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGa (dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2022), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un

changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

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 citées ; 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 citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

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

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

d) 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) Il s'agit en l'occurrence de déterminer si la situation de la recourante s'est modifiée de manière à influencer son droit à des prestations depuis la précédente décision de refus de rente qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, à savoir celle du 11 juin 2015.

Par cette décision, l'intimé avait considéré que la recourante était capable de travailler dans une activité adaptée à 100 %, avec une baisse de rendement de 20 %, se fondant sur une expertise menée le 7 janvier 2013 par la D._____.

À cette époque, l'assurée se plaignait principalement d'un phénomène douloureux diffus, prédominant du côté droit mais également présent à gauche, touchant notamment le genou, la hanche, l'épaule, la clavicule et le rachis, avec une intensité évaluée à 75, voire 80 sur l'EVA, ainsi que d'une fatigue très importante, de céphalées de type migraineux et d'idées suicidaires récurrentes. Les experts de la D. _____ avaient toutefois relevé que, malgré ces plaintes pléthoriques, l'examen clinique demeurait très pauvre, hormis quelques troubles statiques très modérés du rachis dorso-lombaire avec une scoliose équilibrée. Ils avaient retenu comme diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail des lombalgies chroniques non spécifiques, une asthénie avec syndrome d'apnée du sommeil léger et insomnie de maintien, ainsi que des céphalées migraineuses, tandis que le trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, et le trouble somatoforme indifférencié étaient considérés comme sans incidence sur celle-ci. Sur le plan psychiatrique, ils avaient en effet estimé que les douleurs ne présentaient pas un caractère invalidant marqué par une perte d'intégration sociale ou un état psychique cristallisé, et que le syndrome dépressif traité ne revêtait pas un degré de gravité suffisant pour être incapacitant. Les limitations fonctionnelles retenues se limitaient à l'interdiction du port de charges supérieures à dix kilos et des travaux imposant une position en porte-à-faux du rachis, tandis que les céphalées migraineuses et l'asthénie étaient susceptibles d'entraîner une diminution de rendement de l'ordre de 20 %, quelle que soit l'activité exercée. Les experts avaient par ailleurs souligné la complète autonomie de l'assurée dans la majorité de ses activités, notamment la conduite automobile ainsi que sa participation aux activités du restaurant de son époux, où elle effectuait des travaux de cuisine, gérant la caisse durant le service de midi et supervisait le personnel de service. Ils avaient finalement considéré que l'important handicap ressenti par l'expertisée ne trouvait pas son origine dans les affections médicales objectivables dont elle souffrait, mais relevait essentiellement de facteurs psychosociaux liés à son vécu particulièrement éprouvant et à une histoire personnelle dramatique qui continuait à la marquer profondément.

b) L'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande du 18 octobre 2021 de la recourante et a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire au N._____, au vu des rapports établis par les médecins consultés par cette dernière, dont l'évaluation assécurologique était parasitée par des éléments psychosociaux, et de l'expertise établie le 4 janvier 2022 sur demande de l'assureur perte de gain de l'intéressée, jugée peu convaincante par le SMR quant à son volet psychiatrique.

aa) Sur le plan formel, le rapport d'expertise établi le 24 juin 2024 par les experts du N._____ remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, les experts ont individuellement rencontré la recourante les 16, 17, 18 et 19 avril 2024, effectué un monitoring médicamenteux le 16 avril 2024 ainsi qu'une radiographie de la colonne lombaire le 19 avril 2024, rédigé un rapport détaillé, puis confronté leurs conclusions. Les experts ont ainsi établi une évaluation consensuelle dans laquelle ils ont conjointement évalué l'état de santé, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de la recourante. Chaque expert a procédé à une étude circonstanciée du cas et dressé une anamnèse complète sur les plans personnel, familial, professionnel, social et médical. Les experts ont tenu compte des plaintes de l'intéressée, qu'ils ont soigneusement énumérées, et les ont confrontées avec leurs constatations objectives. Ils se sont encore renseignés sur ses habitudes, sa vie quotidienne, ses loisirs et son emploi du temps. L'expertise a en outre été établie en pleine connaissance des éléments médicaux au dossier, les experts ayant synthétisé les documents médicaux depuis 2001.

L'on peut en revanche s'interroger sur la pertinence de la nomination en qualité d'experte psychiatre de la Dre I._____, qui avait déjà procédé à l'examen de la recourante sur mandat de l'assureur perte de gain L._____ en 2022, et dont l'analyse avait été jugée peu convaincante par avis du SMR du 6 février 2024. Malgré cet élément, et comme cela sera exposé ci-dessous, l'expertise du N._____ du 24 juin 2024 reste convaincante et permet de se positionner à satisfaction de droit sur la question de l'éventuelle aggravation de l'état de santé de l'intéressée.

bb) Au terme de leur évaluation consensuelle, les experts du N._____ ont posé les diagnostics non incapacitants de dysthymie (F34.1) ancienne, probablement apparue dans les suites d'épisodes thymiques antérieurs, notamment ceux qui ont donné lieu à des tentamens, de syndrome douloureux somatoforme persistant, à l'origine d'une détresse psychologique légère (F45.4), de cervicalgie (M50.3) et lombalgie (M51.3) sur spondylarthrose légère à modérée, compatibles avec l'âge de l'expertisée, avec des douleurs et une mobilité articulaire active qui paraissent surdimensionnée par rapport aux constatations objectives cliniques et radiologiques, ainsi que par rapport à la participation sociale de l'expertisée qui parvenait à rester autonome pour ses activités quotidiennes et ses déplacements notamment la conduite automobile sur longue distance, de douleurs diffuses mal systématisées des épaules, du membre inférieur droit, sans signe d'arthrite ni irradiation radiculaire systématisée, de status après tendinopathie de la coiffe des rotateurs en 2023 et status après capsulite de l'épaule gauche en 2020, la coiffe des rotateurs étant compétente sans douleurs en regard des tendons testés, de douleurs cervico-crâniennes d'origine indéterminée (possible névralgie du trijumeau ; possible névralgie du grand nerf d'Arnold ; possibles céphalées vasomotrices atypiques ; plus probablement symptomatologie en relation avec le syndrome somatoforme douloureux), et de rachialgies cervico-dorso-lombaires et douleurs des quatre extrémités, sans substrat neurologique somatique, rentrant vraisemblablement dans le cadre d'un syndrome somatoforme douloureux.

L'expert en médecine interne générale, le Dr W._____, a encore posé les diagnostics de primo-infection tuberculeuse (1998, traitement prophylactique durant six mois), d'hypothyroïdie sur thyroïdite auto-immune substituée (diagnostiquée en 1997), de kystectomie ovaire droit par laparoscopie (1990 et 1991), de laparoscopie exploratrice avec adhésiolyse (2014), de nouvelle laparoscopie exploratrice avec adhésiolyse et cholécystectomie (2016), d'hystérectomie pour myome (2011), de ronchopathie avec syndrome d'apnées du sommeil léger (polygraphie 2016), de septoplastie turbinoplastie inférieure en février 2012, de maladie

hémorroïdaire avec intervention en novembre 2016, de colopathie fonctionnelle, de stéatose hépatique, de kyste sacro-coccygien, d'allergie aux acariens avec rhinite chronique et de tabagisme chronique, lesquels n'étaient pas incapacitants.

On soulignera que les diagnostics sont essentiellement superposables à ceux posés par les experts de la D._____ dans leur rapport du 7 janvier 2013, sous réserve de plusieurs diagnostics internistiques supplémentaires toutefois sans répercussion sur la capacité de travail, listés ci-dessus, et du status après tendinopathie de la coiffe des rotateurs en 2023 et après capsulite de l'épaule gauche en 2020, également sans incidence sur la capacité de travail ; à cet égard, la Dre N._____ a relevé qu'il existait un contraste entre la mobilité active et passive des épaules alors que le testing de la coiffe des rotateurs n'était pas algique en regard des tendons testés. Il est en outre à relever que le Dr O._____, rhumatologue ayant rendu son rapport d'expertise le 4 janvier 2022 sur mandat de L._____, avait déjà conclu à une guérison de la capsulite rétractile présente à l'épaule gauche, et que le Dr T._____ avait également expliqué, dans son rapport du 23 février 2022 à la L._____, que la symptomatologie liée à la capsulite rétractile, diagnostiquée en 2020, pouvait durer jusqu'à deux ans. Dans ces conditions, il est tout à fait probant que la Dre N._____ ait considéré que ces anciennes atteintes n'étaient pas incapacitantes et n'engendraient aucune limitation fonctionnelle.

Du reste, les médecins consultés par la recourante ne font pas état d'autres diagnostics somatiques qui n'auraient pas été pris en compte.

Le Dr R._____, psychiatre traitant, a en revanche posé les diagnostics de trouble de stress post-traumatique complexe et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) existants depuis 2020 (cf. rapport du 9 juillet 2023 à l'OAI). L'experte psychiatre du N._____ a, quant à elle, rapporté que l'anamnèse retrouvait certes la notion de tristesse de l'humeur très fréquente, de fatigue permanente, d'une diminution de l'appétit, de ruminations anxieuses parfois envahissantes, de troubles de la concentration et d'idées

noires passives, non scénarisées, sans trouble de l'estime de soi et de sentiment de culpabilité. A l'examen clinique, elle n'avait toutefois constaté aucune perturbation du cours de la pensée, les contenus de pensée étant qualitativement et quantitativement normaux ; le discours était fluent et informatif. Sur le plan de l'humeur, la Dre I._____ a noté une absence de pleurs et de masque facial triste ou mélancolique, l'assurée apparaissant néanmoins peu souriante et tendue ; il n'existait pas d'hyperthymie, de dysphorie, de labilité, d'aboulie ou d'apragmatisme, mais une tendance hypothyrique chronicisée ; elle n'a pas non plus relevé de trouble de la concentration, d'asthénie physique ou psychique, de ralentissement ou d'accélération sur la plan psychomoteur, d'hyperesthésie ou d'hypoesthésie affective, de discordance idéo-affective. Sur le temps de l'entretien, l'experte n'a pas noté de manifestations d'hyperactivité neurovégétative qui auraient pu évoquer un trouble anxieux aigu ou une anxiété généralisée, ni de désorientation temporo-spatiale ou de trouble de la mémoire et de la concentration.

Elle a en outre dûment pris position sur les diagnostics posés par le psychiatre traitant, estimant que ceux-ci ne pouvaient être retenus, l'intéressée bénéficiant du même traitement psychotrope depuis plusieurs années, qui ne paraissait pas en adéquation avec le diagnostic retenu de trouble dépressif récurrent, épisode sévère, qui nécessiterait, selon les lignes directrices, la prescription d'un thymorégulateur et l'ajout éventuel d'un autre antidépresseur pour obtenir une bithérapie. Par ailleurs, elle ne comprenait pas l'absence de prise en charge psychothérapeutique du stress post-traumatique attesté par le Dr R._____.

Partant, l'évaluation de l'experte psychiatre du N._____, étayée et convaincante, ayant conclu à une dysthymie (F34.1) ancienne, probablement apparue dans les suites d'épisodes thymiques antérieurs, notamment ceux qui ont donné lieu à des tentamens, ainsi qu'à un syndrome douloureux somatoforme persistant, à l'origine d'une détresse psychologique légère (F45.4), doit être suivie.

cc) S'agissant de l'analyse de l'incidence des atteintes susmentionnées sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de la recourante, l'experte N._____ a relevé certaines incohérences, en ce sens que les douleurs paraissaient surdimensionnées par rapport aux substrats objectifs lésés ; la mobilité de la colonne cervicale en actif était très limitée par les douleurs lors du status, alors que l'expertisée parvenait à conduire son véhicule en autonomie, l'antalgie utilisée était simple et aucun diagnostic rhumatologique spécifique auto-immun ni aucun suivi rhumatologique au long court n'avait été indiqué (cf. expertise du N._____ du 24 juin 2024, volet de médecine physique et réadaptation, p. 41). Elle a souligné que l'état général de l'expertisée était bon, la musculature conservée et symétrique. En définitive, elle a retenu qu'aucune limitation fonctionnelle ne devait être constatée en relation avec la ceinture scapulaire, compte tenu de sa musculature conservée et symétrique. Seules les limitations fonctionnelles du rachis cervical et du rachis lombaire existaient, à savoir qu'il convenait d'éviter la position prolongée ou répétée en porte à faux sur le tronc, le port répété de charge supérieure à 10 kilos, la position assise prolongée sur plus de 50 minutes avec changement possible de position, la position debout prolongée sur plus de 30 minutes, et la position prolongée de la tête penchée en avant. La capacité de travail de l'expertisée dans une activité adaptée à ces limitations fonctionnelles s'élevait à 100 %, avec une baisse de rendement de 20 % en raison des douleurs rachidiennes sur discopathies, d'un besoin de pauses récurrentes et d'une vitesse de travail lente, étant précisé que l'activité habituelle de l'assurée auprès de restaurateurs était adaptée.

La Dre I._____ a, quant à elle, expliqué que l'assurée se montrait légèrement démonstrative et possiblement majorante. Elle a souligné les bonnes capacités de déplacement, d'organisation, de soins à la personne, de communication, d'adaptation au cadre expertal, de gestion de la relation interpersonnelle duelle, ainsi que l'autonomie dont l'assurée apparaissait faire preuve dans les actes de la vie quotidienne. Elle a retenu que celle-ci présentait d'assez bonnes ressources personnelles qu'elle parvenait à mobiliser assez efficacement. En ce sens, elle a retenu une

capacité de travail totale, aucune limitation fonctionnelle ne devant être prise en compte.

Les rapports médicaux au dossier au moment de l'expertise du 24 juin 2024 ne permettent pas de mettre en doute ces conclusions.

En particulier, le pronostic défavorable pour une reprise de l'activité professionnelle à 100 % émis par le Dr R. _____ dans ses rapports des 9 juillet 2023 et 26 décembre 2023 se fonde principalement sur des facteurs psychosociaux qui n'ont pas lieu d'être pris en compte en matière d'assurance-invalidité – tels que la situation sociale et familiale dite catastrophique de la patiente, le psychiatre traitant ayant précisé que le principal obstacle à toute tentative de prise en charge rééducative ou de réinsertion était la situation familiale, avec la présence d'un conflit constant entre la recourante et son mari, accompagné de problèmes financiers liés au restaurant géré par celui-ci (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 4.1). Du reste, la forte passivité dont sa patiente faisait preuve a dûment été prise en compte par l'experte psychiatre du N. _____.

Il en va de même du rapport établi le 22 mars 2023 par le Prof. U. _____ et le Dr P. _____, ceux-ci ayant justifié l'incapacité de travail totale par les très faibles ressources physiques, psychologiques, sociales et culturelles de la recourante, sans étayer leur appréciation.

Quant au rapport du 26 novembre 2021, par lequel le Dr K. _____, médecin traitant de l'assurée, a fait état d'une incapacité de travail totale avec une incidence très importante sur les activités simples de la vie quotidienne, le pronostic étant plus que réservé quant à une reprise, même partielle, d'activité professionnelle, il entre en contradiction avec le fait que la recourante a effectivement exercé une activité lucrative à 50 % auprès du Café TA. _____, à W***, du 1^{er} juillet 2020 au 28 février 2022, et une activité lucrative à 50 % au sein du Restaurant SU. _____, à U***, du 1^{er} septembre 2020 au 28 février 2022 (cf. courrier électronique du 1^{er} novembre 2023 du fiduciaire BG. _____ à l'OAI). Ainsi, le rapport du

27 juin 2023 du médecin traitant exposant que sa patiente se trouvait toujours en incapacité de travail totale au vu de l'absence d'amélioration de la situation, ne peut se voir reconnaître valeur probante, ce d'autant plus que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui lient les médecins traitants à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

Enfin, plusieurs médecins traitants font état d'une diminution du rendement susceptible de limiter l'exercice de l'activité professionnelle jusqu'à 50 %, en raison des céphalées présentées par l'intéressée (cf. rapport du 11 avril 2023 du Dr Z._____ et rapport du 21 septembre 2023 de la Dre CM._____). Cela étant, les céphalées migraineuses étaient déjà présentes lors de l'expertise réalisée par la D._____ le 7 janvier 2013, l'assurée ayant à cette occasion déclaré aux experts qu'elles survenaient par crise deux à trois fois par mois. À cette époque, les experts avaient conclu que les céphalées, associées à une asthénie marquée, étaient à l'origine d'une baisse de rendement de 20 %. Il ressort toutefois de leur analyse que cette diminution du rendement était principalement imputable à l'importante asthénie présentée par l'assurée, l'impact des céphalées sur sa capacité de travail apparaissant objectivement minime (cf. expertise de la D._____, p. 13). En outre, il ressort du volet neurologique de l'expertise du N._____ du 24 juin 2024 que les douleurs cervico-céphalo-faciales droites, d'origine indéterminée, sont présentes de très longue date. Eu égard au fait que l'assurée est parvenue à exercer une activité lucrative à temps complet au sein des restaurants de son époux à plusieurs reprises entre 2017 et 2022, il sied de considérer qu'il apparaît tout à fait cohérent de retenir que les douleurs cervico-céphalo-faciales n'entraînent aucune baisse de rendement, comme cela ressort de l'expertise du N._____ du 24 juin 2024.

Les documents médicaux fournis par la recourante à l'appui de ses écritures par-devant la Cour de céans ne sont pas non plus susceptibles de remettre en cause l'expertise du N._____, ni d'établir une quelconque

aggravation de son état de santé. Par leur rapport du 12 mars 2024, les Drs DK._____ et DL._____ relèvent uniquement l'échec de toutes les mesures préconisées et implémentées lors du séjour multimodal du 27 février au 10 mars 2023 et l'arrêt du suivi auprès du Centre d'antalgie du CHUV, sans faire état d'un élément objectif qui n'aurait pas été pris en compte dans l'instruction du dossier par l'OAI. Il en va de même du rapport de suivi du 17 juillet 2024 établi par la Dre DM._____, établissant le plan de traitement relatif aux migraines chroniques.

Par ailleurs, il ne saurait, en principe, être tenu compte des documents produits par la recourante postérieurs à juillet 2024. En effet, le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 148 V 21 consid. 5.3 ; 144 V 210 consid. 4.3.1). Quoi qu'il en soit, les IRM lombaires réalisées les 1^{er} et 31 octobre 2024 mettent uniquement en évidence des atteintes déjà connues. Quant à l'IRM cérébrale du 29 octobre 2024, elle révèle en l'état qu'aucune atteinte du nerf trijumeau ne peut formellement être mise en relation avec la symptomatologie alléguée, ce qui va dans le sens des conclusions de l'expert neurologue du N._____. Par ailleurs, le kyste surinfecté ayant nécessité une incision avec évacuation de pus, selon le rapport du Dr FB._____ du 26 octobre 2024, ne saurait être retenu au titre d'une atteinte invalidante. Enfin, les lombalgies survenues à la suite d'un faux mouvement, telles que rapportées par la Dre DN._____ le 4 octobre 2024 et ayant conduit à une hospitalisation du 29 septembre au 3 octobre 2024, ne permettent pas de conclure à une aggravation durable et incapacitante de l'état de santé.

c) Il apparaît en définitive que la situation de la recourante n'a pas évolué depuis que l'expertise a été rendue par la D._____ le 7 janvier 2013. Les importantes plaintes de la recourante ne correspondent toujours pas au substrat objectif lésé, celle-ci demeurant autonome dans une grande partie de ses activités. Sous réserve de troubles du rachis plus prononcés, compatibles avec l'âge de l'assurée, qui entraînent des limitations fonctionnelles plus importantes mais n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail de 80 % dans l'activité habituelle, qui reste adaptée, l'état de

santé de la recourante n'apparaît vraisemblablement pas s'être modifié de manière à influencer son degré d'invalidité.

Partant, c'est à juste titre que l'OAI s'est rallié à la position des experts du N._____ et a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif que celle-ci avait conservé une capacité de travail entière, avec une baisse de rendement de 20 %, telle qu'elle avait été retenue par décision du 11 juin 2015.

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision querellée 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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

**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 18 juillet 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 C._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- C. _____,
- 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 :