

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 juillet 2026

Composition : M. TINGUELY, président
MM. Neu et Piguet, juges
Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

BC._____, à Q***, recourante, représentée par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 s. et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI

En fait :

A. BC._____ (ci-après, également : l'assurée ou la recourante), née en ***, est mariée et mère de deux enfants (nés en *** et ***). Elle travaillait depuis le mois de juin 2000 en qualité d'aide-soignante au service de l'Etablissement médico-social (EMS) B._____, à T***.

Le 4 août 2018, l'assurée a été victime d'un grave accident de voiture au Kosovo (choc frontal de nuit avec une voiture qui a coupé la route de celle conduite par son mari alors que l'intéressée dormait à l'arrière non ceinturée). Atteinte à plusieurs parties du corps (traumatisme crânien, foyers hémorragiques et fractures multiples) et dans un état comateux, elle a été intubée puis transférée depuis C._____ au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) pour y être hospitalisée en soins intensifs, où elle a séjourné du 9 au 11 août 2018. D._____ (ci-après : D._____), assureur-accidents de l'assurée, a pris le cas en charge.

En arrêt de travail depuis cet accident, l'assurée a progressivement repris le travail depuis le mois de février 2019 jusqu'à atteindre son taux de 80 % le 6 août 2019. Par la suite, elle a diminué son taux à 60 % dès le 1^{er} novembre 2019.

B. Le 19 mai 2021, BC._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles/rente) en raison des séquelles de l'accident de la voie publique du 4 août 2018, avec la persistance des troubles de la mémoire ainsi qu'une baisse de la concentration et de l'attention.

Dans le cadre de l'instruction, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli un formulaire de détermination du statut (part active/part ménagère) du 10 juin 2021 dans lequel l'assurée a indiqué que si elle avait été en bonne santé, elle travaillerait à 80 % depuis le 16 juin 2020 comme aide-soignante, ceci par nécessité financière et intérêt personnel.

Un document intitulé « IP – Rapport initial » rédigé le 16 août 2021 par un psychologue de l'OAI mentionnait que la reprise du travail restait difficile pour l'assurée qui ne pouvait pas travailler deux jours d'affilée et nécessitait d'avoir un plan varié. Les écueils ressentis par celle-ci dans son poste de travail étaient des difficultés à maintenir la concentration, la nécessité de faire des efforts, des difficultés à rester attentive et à rester inactive en groupe. Elle avait été médicamentée (prise d'antidépresseurs) jusqu'à la reprise de son emploi, puis avait arrêté la prise des médicaments qui la fatiguait. Elle présentait encore de vives émotions par rapport à l'accident et bénéficiait d'un cadre familial ainsi qu'amical très soutenant. Elle était apparue comme étant une personne très investie dans son emploi usuel qu'elle souhaitait poursuivre.

Le 17 septembre 2021, l'assureur-accidents D. _____ a produit son dossier. Il en ressort en particulier un rapport d'évaluation interdisciplinaire du 16 octobre 2020 des Drs G. _____, spécialiste en neurologie, et E. _____, spécialiste en médecine interne, consécutif au séjour de l'assurée à la Clinique romande de réadaptation (CRR) de Sion, du 12 au 14 octobre 2020. Ces médecins ont posé les diagnostics de status post-AVP le 3 août 2018 avec polytraumatisme (traumatisme crânio-cérébral modéré à sévère [T90.5] [multiples foyers d'hémorragie sous-arachnoïdienne pariétale supérieure droite ; petite composante d'hématome sous-dural le long de la faux postérieure du cerveau], et trouble neuropsychologique léger [F99]), de trouble de l'adaptation, réaction dépressive de longue durée (F43.21). Ces médecins estimaient la capacité de l'assurée à 60 % (75 % de ses 80 % habituels) depuis le mois de novembre 2019. Ce taux de 60 % sur un temps plein semblait adéquat compte tenu de la fatigabilité et des légers troubles cognitifs en lien avec le traumatisme crânio-cérébral modéré à sévère. Au plan thérapeutique, ces médecins mentionnaient que l'intéressée s'était toujours déclarée réticente par rapport à une prise en charge psychothérapeutique.

Dans un compte-rendu de la permanence SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) du 2 novembre 2021, il a été conclu que le rapport de la CRR précité était convaincant.

Par projet de décision du 25 janvier 2022, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations. Ce faisant, il a retenu que l'intéressée avait repris son activité professionnelle habituelle comme aide-soignante au taux de 60 % dès le 1^{er} novembre 2019. En application de la méthode mixte d'évaluation, le degré d'invalidité était de 32 % (soit un empêchement de 40 % sur la part active de 80 % et de 0 % sur la part ménagère de 20 %).

L'assurée, conseillée par Mes Banic et Stamenkovic, a déposé des objections le 4 février 2022, complétées les 9 mars et 14 avril 2022, faisant valoir que sa capacité de travail était inférieure à 60 % dans son activité habituelle et qu'une décision de l'OAI était prématurée dès lors qu'une expertise était mise en œuvre par l'assureur-accidents auprès du centre d'expertises médicales M. _____ de X***.

Le 2 juin 2022, D. _____ a produit un rapport d'expertise pluridisciplinaire (neurologie, neuropsychologie et psychiatrie) du 16 février 2022 du M. _____, sur la base d'examens réalisés les 29 novembre, 13 et 15 décembre 2021. Les experts ont retenu le diagnostic incapacitant de troubles neuropsychologiques légers, sans mentionner de diagnostic psychiatrique. Selon les experts, la persistance uniquement de plaintes à caractère plus neuropsychologiques que neurologiques, sous la forme de troubles de la mémoire et de la concentration, d'une fatigue et d'une fatigabilité, alors que l'assurée ne signalait pas de maux de tête, de phénomènes vertigineux, d'acouphènes ou de cervicalgies, justifiait de retenir une capacité de travail de 80 %, soit le taux auquel l'intéressée avait repris le travail en août 2019, pour des motifs neuropsychologiques. La limitation principale était la fatigue.

Par avis du 14 juillet 2022, le SMR a estimé qu'en l'absence de modification de l'état de santé de l'assurée intervenu entre octobre 2020 et l'automne 2021 et compte tenu du fait que l'appréciation faite par les médecins de la CRR était plus complète que celle effectuée par les experts du M. _____, dès lors qu'elle comprenait une évaluation des capacités fonctionnelles dont il ressortait que l'intéressée avait donné le maximum

lors des divers tests avec un niveau de cohérence élevé, il convenait de privilégier l'appréciation retenant une capacité de travail exigible de 60 % dans l'activité habituelle depuis le mois de novembre 2019.

Dans un rapport du 12 mars 2023, la Dre N._____, médecin praticien, qui suivait l'assurée depuis le 17 juillet 2022 (prise en charge psychiatrique), a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail d'état de stress post traumatique (F43.1) depuis 2018, de trouble panique (anxiété épisodique paroxystique) (F41.0) depuis 2018, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) depuis 2018, de personnalité anxieuse-évitante (F60.6) depuis 2022 et d'autres troubles organiques spécifiés de la personnalité et du comportement dus à une maladie, une lésion ou un dysfonctionnement cérébral (F07.8) depuis 2018. Les limitations fonctionnelles étaient une fatigue, des oublis, des céphalées, des angoisses, une humeur labile, ainsi que des insomnies et des ruminations. Cette médecin retenait une capacité de travail de l'assurée de 54 % (sur un taux de 100 %) dans l'activité habituelle. En annexe à son rapport, la Dre N._____ a joint une attestation du 3 février 2023 de BB._____, directeur de l'EMS B._____, dont il ressort que depuis son accident en août 2018, l'assurée ne disposait plus de toute son autonomie (ralentissement important dans les mouvements et sur l'aspect cognitif ; grande sensibilité au stress ; fatigue importante par moment). Elle travaillait seulement à 65 % de son taux contractuel de 60 % (soit 35 % [recte : 39 %]).

Par avis du 28 mars 2023, le SMR a retenu que le rapport de la Dre N._____ n'apportait pas d'éléments en faveur d'une modification de l'état de santé psychique de l'assurée depuis les deux évaluations psychiatriques et neuropsychologiques au dossier réalisées à respectivement deux et trois ans du trouble crânio-cérébral qui n'avaient pas mis évidence de psychopathologie ni de troubles cognitifs majeurs. En outre étant donné la prise en charge relativement légère, le rapport de la Dre N._____ ne modifiait pas l'appréciation de l'exigibilité retenue initialement par la CRR et suivie par le SMR.

Par décision du 13 avril 2023, l'OAI a confirmé son projet de décision de rejet de la demande de prestations déposée en mai 2021 par l'assurée.

C. Par acte du 12 mai 2023, BC._____, représentée par Mes Banic et Stamenkovic, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, avec suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens qu'elle soit mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière dès le 19 mai 2021, subsidiairement à la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire en vue de déterminer son incapacité de travail et son invalidité. Plus subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. En bref, elle reprochait à l'OAI d'avoir insuffisamment instruit son cas sur le plan médical, étant d'avis que l'appréciation effectuée par le SMR « méconna[issait] gravement » sa situation depuis l'accident d'août 2018 qui avait laissé des traces sur le plan cérébral. Malgré toute sa bonne volonté pour le maintien de sa capacité de travail, la recourante était parvenue à la limite de ses capacités, ainsi que cela ressortait de l'évaluation de la CRR. Ce faisant, elle a contesté la capacité résiduelle de travail de 60 % retenue dans l'activité habituelle, qu'elle estimait pour sa part à 35 % ainsi qu'en attestait son employeur. En application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité et sur la base de ses propres calculs, un degré d'invalidité pondéré de 52 % au minimum dans la part active lui ouvrirait droit à une rente entière d'invalidité.

Dans sa réponse du 24 août 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée dès lors que les critiques de la recourante n'étaient pas de nature à modifier sa position.

Avec sa réplique du 27 octobre 2023 aux termes de laquelle elle confirmait l'intégralité de ses précédentes conclusions, la recourante a produit un rapport du 16 août 2023 adressé au médecin-conseil de D._____ par la Dre N._____, aux termes duquel cette médecin a confirmé les diagnostics ainsi que constats médicaux objectifs ressortant de

son rapport du 12 mars 2023 et a attesté une capacité de travail résiduelle de l'assurée de 34 % depuis le 18 août 2023.

Dans sa duplique du 28 novembre 2023, l'OAI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours en renvoyant à l'avis SMR du 28 mars 2023.

A l'appui de ses déterminations du 22 janvier 2024, la recourante a produit un rapport du 27 novembre 2023 du Dr BD._____, spécialiste en neurologie, relatif à une consultation du 21 novembre 2023. Ce médecin a posé le diagnostic principal de *post traumatic stress disorder* (dépression et remaniement de ses traits de personnalité) dans le contexte « d'un polytraumatisme et neuro-traumatisme le 3 août 2018 (multiples foyers d'hémorragies sous-arachnoïdiennes pariétales supérieures droites, hématome sous-dural de petite taille le long de la faux postérieure du cerveau, hémato-sinus maxillaire gauche, sans fracture visible, contusion pulmonaire et fractures des arcs postérieurs des côtes 9-10 à gauche), de pneumopathie d'inhalation et de paronychie chronique, culture ongles et squames le 14 février 2018 à *Candida parapsilos* et bactéries ». Il notait la présence d'un trouble de l'humeur évident avec des émotions très labiles au cours de l'entretien et très probablement liées à un trouble de stress post-traumatique (PTSD). Il avait recommandé la poursuite de la prise en charge psychiatrique et expliqué à l'assurée qu'une atteinte de l'humeur était susceptible de participer à des difficultés cognitives, en particulier concernant les troubles de concentration, d'attention et mémoire.

Le 11 décembre 2024, à l'appui de ses nouvelles déterminations, la recourante a produit les résultats d'un examen neuropsychologique réalisé les 12 juin et 3 juillet 2024 ainsi qu'un rapport du 5 décembre 2024 de la BF._____, cheffe de clinique au BG._____. Il était observé chez la recourante des difficultés de concentration jugées sévères, un déficit attentionnel non-latéralisé sévère persistant ainsi qu'une atteinte sévère de la mémoire de travail verbale de même qu'un déficit modéré en mémoire épisodique antérograde verbale persistant. Sur le plan professionnel, le maintien du taux de 60 % semblait excessif au regard des difficultés cognitives et de la fatigue manifestées par l'intéressée. Il était

proposé de diminuer l'activité au taux de 50 % dans la mesure où cette baisse était acceptable par l'employeur.

Le 19 février 2025, l'OAI s'est déterminé sur les derniers éléments médicaux versés en la cause et a produit un avis SMR du 10 février 2025, auquel il se ralliait. Le SMR reconnaissait une péjoration de l'état de santé sur le plan cognitif avec, comme le relevaient les intervenants du CHUV, un risque d'épuisement professionnel à court ou moyen terme si la recourante poursuivait son activité professionnelle au taux de 60 %. Il apparaissait raisonnable d'admettre une capacité de travail actuelle exigible de 50 % dans l'activité habituelle, moyennant des aménagements du poste de travail tels que réalisés jusqu'alors. Cette capacité de travail résiduelle au taux de 50 % était valable à partir du mois de juin 2024, soit la date à laquelle le trouble neuropsychologique de degré moyen avait été objectivé. L'intimé a fait état d'une nouvelle demande de prestations déposée par l'assurée le 20 décembre 2024, à la suite de la péjoration de l'état de santé ressortant du rapport du 5 décembre 2024 des médecins du CHUV.

Dans ses déterminations du 14 avril 2025, persistant dans les conclusions prises à l'appui du recours, la recourante a fait valoir que les troubles mnésiques et cognitifs mis en évidence dans le dernier rapport neuropsychologique du CHUV étaient déjà présents « bien avant » la décision attaquée. Selon elle, il convenait de rapprocher ce rapport à l'attestation de l'employeur, lequel relevait déjà des troubles qui empêchaient l'intéressée de réaliser son travail de « façon pleine et entière », sans diminution de rendement.

Par écriture du 29 août 2025, l'avocat Olivier Carré a informé la Cour qu'il représentait désormais les intérêts de la recourante. Il a sollicité un délai pour produire un rapport du Prof. BK._____, spécialiste en neurologie.

Par déterminations du 23 septembre 2025, l'OAI a maintenu sa position avec la précision qu'il était disposé, si nécessaire avec le concours

du SMR, à examiner attentivement d'éventuelles nouvelles pièces médicales produites et qui renseigneraient sur la situation antérieure à la décision litigieuse.

Avec ses déterminations du 19 décembre 2025, la recourante a produit un rapport du 11 décembre 2025 du Prof. BK. _____ qui se termine comme suit :

“Conclusion

L'examen neuropsychologique effectué chez cette patiente de 56 ans, adéquate, respectueuse, non ralentie, qui se montre fatigable, met en évidence un échec à tous les tests, spécifiques et imbriqués, de validité des performances. A préciser que les tests spécifiques de validité des performances restent échoués lorsque des scores seuils adaptés pour les personnes ayant subi un TCC [traumatisme crânio-cérébral] sévère sont appliqués. De plus, on observe une amélioration importante des temps de réaction à une épreuve attentionnelle après discussion des éventuelles répercussions sur l'aptitude à la conduite (374 ms [millisecondes] versus 724 ms à la première passation).

Aux autres tests neuropsychologiques, on observe des scores inférieurs à la norme dans des tâches :

- **Attentionnelles** (vitesse de traitement dans une tâche de rendement et temps de réaction simples),
- **De mémoire à court terme et de travail verbale et visuo-spatiale,**

Notons encore qu'un questionnaire de validité des symptômes est réussi.

En revanche, le reste des fonctions cognitives investiguées (mémoire antérograde verbale et visuospatiale, programmation graphomotrice, incitation, flexibilité mentale, inhibition, exploration visuospatiale, attention divisée) se situent globalement dans les limites de la norme compte tenu de l'âge et du niveau socio-éducatif de la patiente.

Comparativement au dernier bilan réalisé, on constate un tableau globalement superposable, avec toutefois quelques fluctuations, et notamment :

- Une apparition de difficultés en mémoire à court terme et de travail verbale,
- Une péjoration de temps de réaction simples,
- Une amélioration des capacités d'attention divisée.

Au vu du traumatisme crânien sévère en 2018, montrant encore des séquelles à l'imagerie, il est possible qu'une partie des difficultés cognitives de la patiente s'inscrivent dans ce contexte. Toutefois, compte tenu des résultats aux tests de validation des performances et des incohérences relevées, les résultats obtenus à l'examen de ce jour ne reflètent pas les capacités réelles de la patiente. Il n'est donc

pas possible de se prononcer avec certitude sur la présence d'éventuelles séquelles cognitives authentiques.

Néanmoins, malgré cette mobilisation insuffisante des ressources, les données évolutives sont rassurantes, avec notamment la normalisation des capacités d'attention divisée. Ainsi, si cet examen était valide (ce qui n'est pas le cas), le tableau correspondrait tout au plus à un trouble neuropsychologique léger selon la table 1 de l'ASNP [Association Suisse de Neuropsychologie] (2021)''

Par déterminations du 29 janvier 2026, l'OAI a une nouvelle fois confirmé le maintien de sa position en référence à un avis SMR du 22 janvier 2025, selon lequel le rapport du 11 décembre 2025 du Prof. BK._____ mettait en évidence des éléments médicaux qui étaient superposables à ceux sur lesquels reposait la décision querellée, à savoir l'évaluation interdisciplinaire d'octobre 2020 à la CRR et l'expertise du M._____ de février 2022 [recte : novembre – décembre 2021], éléments sur lesquels le SMR avait pris position les 14 juillet 2022 et 28 mars 2023. Par ailleurs, le rapport du 11 décembre 2025 confirmait l'absence d'une aggravation durable de l'état de santé de la recourante depuis 2020.

Le 23 février 2026, la recourante s'est à nouveau déterminée, faisant valoir que le Prof. BK._____ évoquait des problématiques qui n'avaient jusqu'alors pas été examinées par l'OAI.

Dans ses ultimes déterminations du 26 mars 2026, l'OAI a indiqué n'avoir rien à ajouter et renvoyer à ses écritures précédentes.

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 (art. 38 al. 4 let. a 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 droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'existence d'une atteinte incapacitante et durable à la date de la décision attaquée.

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 antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

b) En l'occurrence, la décision entreprise prend comme point de départ du délai de carence d'une année (art. 28 al. 1 let. b LAI) le mois d'août 2018. Au vu de la demande déposée le 19 mai 2021, le droit éventuel à une rente d'invalidité pourrait dès lors prendre naissance dès le 1^{er} novembre 2021. Partant, l'ancien droit est applicable.

4. a) 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).

b) aa) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGa et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

bb) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de leur incapacité à accomplir leurs travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGa et 28a al. 2 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Par travaux habituels, il faut en principe entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches (art. 27 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; cf. MARGIT MOSER-SZELESS, *in* DUPONT/MOSER-SZELESS [édit.], *Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand*, Bâle 2018, n° 52 *ad* art. 16 LPGa).

cc) Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGa et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGa et 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu qui aurait pu être obtenu de cette activité à

temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par la personne assurée à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGa et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part du temps consacrée à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27^{bis} al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

dd) En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 s. LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) et 8 al. 3 LPGa, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c).

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGa, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

5. 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) 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_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7).

Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

7. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité est applicable dans le cas particulier, étant admis que la recourante, si elle était en bonne santé, consacrerait 80 % de son temps à l'exercice d'une activité lucrative et le reste à l'accomplissement de ses travaux habituels.

Afin d'évaluer le degré d'invalidité de la recourante dans la part consacrée à l'exercice d'une activité lucrative, au moment de déterminer la capacité de travail de cette dernière, l'office intimé s'est fondé sur l'évaluation interdisciplinaire réalisée du 12 au 14 octobre 2020 à la CRR, dont les conclusions avaient été privilégiées à celles de l'expertise pluridisciplinaire effectuée les 29 novembre, 13 et 15 décembre 2021 par le M._____, sur mandat de l'assureur-accidents (D._____), lequel avait

pris en charge les suites de l'événement accidentel dont la recourante avait été victime le 4 août 2018 (accident de la voie publique).

Les médecins de la CRR (soit les Drs G._____, neurologue, et E._____, interniste) avaient retenu un status après accident de la voie publique avec polytraumatisme, en particulier un traumatisme crânio-cérébral modéré à sévère (T90.5). L'évaluation neuropsychologique avait mis en évidence chez l'assurée des troubles de la mémoire à court et long terme en modalité verbale, des troubles attentionnels et un fléchissement exécutif, le tout associé à des plaintes post-traumatiques d'intensité importante, une fatigue et une fatigabilité. Sur le plan psychiatrique, il était retenu un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive de longue durée (F43.21). L'état affectif de l'intéressée pouvait contribuer à amplifier les difficultés cognitives mais restait tout de même nettement au second plan par rapport à l'atteinte cérébrale organique (cf. rapport interdisciplinaire de la CRR, pp. 7 - 8).

Reprenant à son compte les conclusions des médecins de la CRR, l'intimé a estimé que l'activité habituelle d'aide-soignante, exercée par la recourante à un taux de 80 % avant son accident du 4 août 2018, était à nouveau exigible à 60 % dès le 1^{er} novembre 2019.

b) Dans son recours, la recourante se plaint d'une instruction insuffisante du dossier médical. Elle relève à cet égard l'existence de contradictions importantes entre les évaluations de la CRR et du M._____ sur les plans psychiatrique et neuropsychologique, qui sont de nature à mettre en doute la valeur probante de chacune de ces évaluations. Elle se plaint en outre de ce que l'intimé n'avait pas pris en compte qu'à la date de la décision attaquée (13 avril 2023), son état de santé avait connu une péjoration depuis l'évaluation opérée par la CRR en octobre 2020, respectivement depuis celle du M._____ en novembre - décembre 2021. L'intéressée fait valoir en particulier le fait qu'elle avait dû entamer un suivi psychiatrique depuis le mois de juillet 2022.

Dans ce contexte, la recourante conclut à la nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise médicale, ceci afin de clarifier la situation aux plans neurologique, psychiatrique, neuropsychologique ainsi que de la médecine interne.

aa) A l'occasion de la présente procédure de recours, la recourante a notamment fait verser en la cause un rapport de la BF._____, neurologue, du 5 décembre 2024, laquelle a posé le diagnostic de « TCC modéré à sévère survenu le 03.08.2018 avec multiples foyers d'hémorragies sous-arachnoïdiennes pariétales supérieures droites, hématome sous-dural de petite taille le long de la faux postérieure du cerveau et compliqué d'un trouble de stress post-traumatique avec dépression et remaniement de ses traits de personnalité ». Il ressort de ce rapport que l'intéressée s'était soumise à un examen neuropsychologique, effectué les 12 juin et 3 juillet 2024, qui avait mis en évidence un déficit attentionnel non-latéralisé sévère persistant, lequel avait été observé tant objectivement (ralentissement et fluctuation des temps de réaction aux épreuves informatisées et grapho-motrices, diminution de la vitesse de traitement, fléchissement des capacités d'attention divisée) que cliniquement (ralentissement modéré sur le plan idéique avec des temps de latence, fatigabilité modérée à sévère). Ce déficit était associé à une fatigue cognitive et motrice sévère à un questionnaire auto-rapporté. L'examen neuropsychologique avait en outre révélé une atteinte sévère de la mémoire de travail verbale pour les composantes de mise à jour et de gestion de l'interférence, un déficit modéré en mémoire épisodique antérograde verbale persistant (épreuve employée non identique, courbe d'apprentissage lente, rappel différé déficitaire, reconnaissance imparfaite avec toutefois un pourcentage d'apprentissage satisfaisant), une incitation verbale déficitaire, une légère atteinte de la mémoire de travail visuo-spatiale persistante ainsi que de nombreux changements de comportements socio-émotionnels auto-rapportés par la patiente et majoritairement confirmés par son fils. Selon la BF._____, qui se référait au système de classification de la gravité des troubles et de leurs répercussions fonctionnelles proposée par l'Association Suisse de Neuropsychologie (ASNP), les difficultés neuropsychologiques et thymiques

résiduelles mises en évidence chez la recourante constituaient un trouble neuropsychologique de degré moyen qui correspondait à un degré d'incapacité de 50 à 70 %. La capacité fonctionnelle de l'intéressée était significativement limitée au quotidien et pour la plupart des sollicitations professionnelles. Cela étant, la BF._____ a estimé que le maintien d'un taux d'activité de 60 % apparaissait excessif au regard des difficultés cognitives et de la fatigue manifestées par la recourante, cette dernière présentant un risque accru d'épuisement professionnel (burn-out) à court ou moyen terme.

A l'appui de ses déterminations du 19 février 2025 sur le rapport médical précité, l'intimé se ralliait à un avis SMR du 10 février 2025, lequel était d'avis qu'il convenait d'admettre une péjoration de l'état de santé de la recourante sur le plan cognitif avec, comme le relevait la BF._____, un risque d'épuisement professionnel à court ou moyen terme si l'intéressée poursuivait son activité à un taux de 60 %. Il apparaissait dès lors raisonnable d'admettre une capacité de travail exigible de 50 % dans l'activité habituelle d'aide-soignante, avec des aménagements du poste de travail tels que réalisés jusqu'alors. Cette capacité résiduelle de travail à un taux de 50 % était valable à partir de juin 2024, mois lors duquel le trouble neuropsychologique de degré moyen avait été objectivé. En revanche, selon l'office intimé, il n'y avait pas lieu de revenir sur la décision disputée, laquelle avait été rendue sur la base de la situation qui prévalait au mois d'avril 2023.

bb) Alors même que l'intimé, respectivement les médecins de la CRR, avaient fondé au mois d'avril 2023 leur raisonnement sur la base des résultats d'un examen neuropsychologique qui avait été réalisé au mois d'octobre 2020, des indices médicaux au dossier permettaient de suggérer que la péjoration de l'état de santé de la recourante, mise en exergue par l'examen neuropsychologique du mois de juin 2024, était susceptible d'être survenue avant la réalisation de cet examen, respectivement avant la date à laquelle la décision attaquée avait été rendue (en l'occurrence le 13 avril 2023).

Il importe en particulier d'observer que l'employeur de la recourante, par son directeur, avait déjà attesté, le 3 février 2023, avoir constaté depuis quelques temps un « ralentissement important dans les mouvements et sur l'aspect cognitif », une « grande sensibilité au stress » et une « fatigue importante », de sorte qu'il lui était impossible de travailler deux à trois jours de suite ; contrairement à ce qui prévalait au mois d'octobre 2020, lors de l'évaluation effectuée par les médecins de la CRR, la recourante ne travaillait, à la date de l'attestation de son employeur, qu'à raison « de 65 % de son 60 % ». A cela s'ajoute que le dossier de l'intimé fait état d'un traitement psychiatrique débuté par la recourante à partir du mois de juillet 2022, soit après les évaluations menées en octobre 2020 (à la CRR) et en novembre - décembre 2021 (au M. _____), au vu notamment d'un état de stress post-traumatique diagnostiqué par la Dre N. _____ en charge du suivi.

Ces divers éléments laissent supposer que la situation, telle que décrite par les médecins de la CRR au mois d'octobre 2020, ne correspondait plus à celle qui avait cours au mois d'avril 2023. Ces médecins avaient d'ailleurs eux-mêmes déjà fait état, en octobre 2020, d'un risque d'épuisement professionnel en cas de poursuite de l'activité habituelle à un taux d'occupation élevé, suggérant en ce sens que la situation médicale de la recourante était évolutive et par conséquent susceptible de se péjorer.

cc) Certes, dans la suite de la présente procédure, la recourante a produit un autre rapport émanant d'un spécialiste en neurologie, à savoir un rapport du Prof. BK. _____ du 11 décembre 2025, qui se fondait sur un bilan neuropsychologique établi le 4 décembre 2025. À cet égard, l'intimé, se référant à un avis du SMR établi le 22 janvier 2026, a estimé qu'à l'inverse du précédent bilan de juin 2024, le bilan neuropsychologique de décembre 2025 ne plaidait pas en faveur d'une aggravation de l'état de santé neurologique ou neuropsychologique de la recourante depuis 2020. Pour le SMR, les plaintes et le comportement observés par les évaluateurs de 2025 étaient les mêmes que ceux dont il était fait état dans l'évaluation

de 2020, leurs résultats étant de surcroît superposables. L'éventualité d'une péjoration depuis avril 2023 devait dès lors être écartée.

Il n'en demeure pas moins qu'aux termes de son rapport du 11 décembre 2025, le Prof. BK._____ avait, pour sa part, constaté un tableau qui était « globalement superposable au dernier bilan réalisé », en l'occurrence à celui datant de l'année 2024, les quelques fluctuations portant sur une apparition de difficultés en mémoire à court terme et de travail verbale, une péjoration de temps de réaction simples, ainsi qu'une amélioration des capacités d'attention divisée. Le Prof. BK._____ avait du reste précisé qu'il ne disposait pas de l'ensemble des documents au dossier, soit notamment les documents recueillis par l'assureur-accidents (D._____), ce qui ne lui permettait pas d'opérer une comparaison, ni d'ailleurs une anamnèse complète.

En tant que le SMR relève que les résultats du bilan neuropsychologique de juin 2024 sont sujets à caution dès lors que ce bilan avait été réalisé cinq jours seulement après le décès de la mère de la recourante – ce qui selon le SMR « avait vraisemblablement pu influencer » ses performances –, il y a lieu d'observer que les examens en question se sont en réalité déroulés en deux étapes, à savoir le 12 juin et le 3 juillet 2024, et qu'ils avaient été suivis de consultations ambulatoires les 8 octobre 2024, 5 novembre 2024 et 4 décembre 2024 au BG._____. Du reste, si la recourante avait expliqué avoir été beaucoup affectée par le décès de sa mère, elle a indiqué dans le même temps s'être sentie soulagée de ne plus voir sa mère souffrir (cf. rapport du 5 décembre 2024 de la BF._____, p. 4).

c) Cela étant, quelle que soit l'interprétation et la valeur probante que l'intimé, respectivement son SMR, entendent déduire des différents bilans neuropsychologiques figurant au dossier, il apparaît qu'en présence d'appréciations médicales aussi divergentes, le recours à une nouvelle expertise médicale pluridisciplinaire s'impose en l'espèce afin d'éclaircir les questions qui se posent en lien avec l'état de santé de la recourante depuis l'accident de la voie publique d'août 2018 et son évolution jusqu'à la date de la décision attaquée du 13 avril 2023.

8. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_86/2025 du 8 janvier 2026 consid. 2.4 et les références). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, *in* : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4^{ème} éd., 2020, nos 17 et 29 *ad* art. 43 LPGA).

c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

d) Compte tenu de ce qui précède, non seulement il existe des éléments médicaux permettant de remettre en cause les conclusions de

l'évaluation interdisciplinaire réalisée du 12 au 14 octobre 2020 à la CRR mais encore les éléments recueillis sont insuffisants pour se prononcer à l'aune de la jurisprudence. En présence d'une appréciation lacunaire de la capacité de travail, laquelle relève de la compétence des médecins et non du juge dès lors qu'il n'appartient pas à ce dernier de se livrer à des conjectures qui relèvent strictement de la science médicale (TF 9C_573/2009 du 16 décembre 2009 consid. 2.3), il s'avère impossible, en l'état du dossier, d'apprécier la capacité de travail exigible de la part de la recourante. En effet, l'office intimé n'a pas correctement instruit le dossier, s'étant contenté jusqu'à présent de se reposer sur l'instruction diligentée par l'assureur-accidents (D._____). Or il ne pouvait échapper à l'intimé que cela s'avérerait insuffisant pour statuer sur le cas d'espèce, en particulier à réception des rapports médicaux produits dans la présente procédure par la partie adverse. Cela étant, il se justifie d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant la plus opportune. Il incombera à l'intimé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire de la recourante, conformément à l'art. 44 LPGA, destinée à clarifier le tableau clinique global présenté par celle-ci depuis 2018, notamment d'un point de vue psychiatrique, neurologique, neuropsychologique ainsi que de la médecine interne, toute autre spécialité médicale étant réservée, afin de disposer d'une appréciation médicale globale de l'état de santé de la recourante tenant compte des aspects qui doivent faire l'objet d'une instruction complémentaire. Une fois l'instruction complétée, il appartiendra à l'intimé de fixer le degré d'invalidité de la recourante et de rendre une nouvelle décision.

9. **a)** Le recours doit dès lors être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est

soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

c) La recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGa). Aussi, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'intimé (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

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

I. Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 13 avril 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à BC._____, à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Olivier Carré, pour BC._____,
- 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 :