

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 janvier 2026

Composition : M. WIEDLER, président
Mme Di Ferro Demierre et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Cuérel

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à Q***, recourante,

et

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

Art. 6 et 17 LPGA ; 87 al. 2 et 3 RAI

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, mère de deux enfants, au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité d'Aide familiale, a été engagée en cette qualité par la N._____ dès le 1^{er} janvier 2002 au taux de 90 %.

Il résulte d'un rapport du 5 septembre 2017 du Dr C._____, spécialiste en rhumatologie, que l'assurée présentait une tendinopathie du sus-épineux droit sans rupture tendineuse. Cette atteinte, dont l'évolution était stationnaire, entraînait une limitation des amplitudes de l'épaule droite. Le pronostic quant à une reprise de travail dans l'activité habituelle était défavorable, mais la capacité de travail demeurait complète dans un emploi adapté.

Le 7 septembre 2017, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'Office ou l'intimé), en raison de la pathologie diagnostiquée par le Dr C._____.

Par courrier du 21 septembre 2017, l'assureur perte de gain a informé l'assurée que, selon son médecin-conseil, une entière capacité de travail était exigible dès le 1^{er} octobre 2017 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge de plus de 5 kg, pas d'abduction de plus de 90° et pas de mouvements répétitifs.

L'assurée a bénéficié d'une mesure de reclassement professionnel accordée par l'OAI. Dans ce cadre, elle a suivi une formation de secrétaire médicale dans le courant de l'année 2018.

A l'issue de cette formation, l'OAI a organisé un placement à l'essai auprès du Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale. Cette mesure a débuté le 4 mars 2019 pour prendre fin le 30 avril suivant. L'assurée s'est finalement orientée vers une autre profession et a ouvert une boutique de prêt-à-porter le 1^{er} mai 2019.

Par décision du 12 juin 2019 confirmant un projet du 26 avril 2019, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. Il a en substance retenu que l'exercice de l'activité habituelle n'était plus exigible depuis le 23 juin 2017, mais que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée, moyennant le respect des limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge de plus de 5 kg, pas d'abduction de plus de 90° et pas de mouvements répétitifs avec le membre supérieur droit. Après comparaison du revenu de valide au revenu d'invalidité, il a retenu un degré d'invalidité de 2,8 %, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente.

B. Le 26 mai 2023, l'assurée a subi une chute avec réception sur le dos, à la suite de laquelle elle a ressenti des douleurs cervicales et dorsales ainsi qu'à l'épaule droite. Elle a été en incapacité de travail dès cette date.

Elle s'est soumise à des radiographies du thorax et de la colonne cervicale le 30 mai 2023. Dans ses rapports du même jour, le Dr F._____, spécialiste en radiologie, a constaté que l'imagerie du thorax était dans les limites de la norme au vu de l'âge de la patiente et a indiqué que celle des cervicales mettait en évidence un petit tassement isolé du coin antérosupérieur en C5, d'allure non récente, ainsi qu'un signe de discarthrose en C6-C7.

A la suite d'une IRM de la colonne cervicale réalisée le 14 juin 2023, le Dr G._____, spécialiste en radiologie, a conclu, dans son rapport du même jour, à la présence de discopathies modérées en C4-C5 et C5-C6 et sévère en C6-C7, avec une uncarthrose bilatérale prédominante à droite en C6-C7 et des remaniements inflammatoires en miroir des corps vertébraux, ainsi qu'une sténose foraminale en conflit de la racine C7 droite.

Dans un rapport du 22 juin 2023 versé au dossier de l'assureur perte de gain, le Dr J._____, spécialiste en neurochirurgie, a diagnostiqué une discopathie en C6-C7 avec sténose foraminale sévère à droite, associée à une arthrose cervicale diffuse multi-étagée.

Le 24 novembre 2023, l'assurée s'est soumise à des radiographies de la colonne lombaire et du bassin, réalisées par le Dr H._____, spécialiste en radiologie. Par rapport établi le même jour, ce médecin a constaté ce qui suit au niveau des lombaires : une discrète ostéopénie, un remaniement dégénératif au niveau des articulaires postérieures en L4-L5 et L5-S1, ainsi qu'une minime attitude scoliotique à convexité gauche. Au niveau du bassin, il n'a relevé aucune particularité hormis une minime bascule du côté droit de près de 4,4 mm.

Par formulaire signé le 27 novembre 2023, réceptionné le 5 décembre 2023 par l'OAI, l'assurée a déposé une seconde demande de prestations, indiquant, quant au genre de l'atteinte, de fortes douleurs à la nuque, au dos, au bas du dos et à l'épaule droite.

Les 13 et 15 mars 2024, le Dr K._____, spécialiste en radiologie, a réalisé une IRM de la colonne cervicale et lombaire de l'assurée. A la lecture du premier examen, il a conclu à une spondylo-uncarthrose pincée Modic 1 en C6-C7, s'accompagnant de projections disco-uncarthrosiques bilatérales à prédominance droite, à l'origine de sténoses neuro foraminales en C6-C7, bilatérales à prédominance droite, avec effacement du liseré graisseux périradiculaire subtotal à droite et partiel à gauche. Par rapport du 15 mars 2024 faisant suite au second examen, le Dr K._____ a relevé une discrète discite en T11-T12 (diagnostic différentiel inflammatoire versus infectieux à corrélérer à la biologie), une lésion de Romanus séquellaire en L3 et L4 discrètement inflammatoire en L3 (diagnostic différentiel de spondylarthrite ankylosante), une fissuration fine de l'anneau fibreux discal en L5-S1 au niveau foraminal gauche avec une possible irritation radriculaire en L5 gauche à corrélérer à la clinique et une discrète congestion zygapophysaire bilatérale en L3-L4-L5 dans un terrain discrètement dégénératif.

Dans un rapport du 16 avril 2024 à l'OAI, le Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-traitant, a retenu les diagnostics de spondylo-uncarthrose pincée, de sténose neuro foraminale en C6-C7 et de remaniement dégénératif en L4-L5 et L5-S1 depuis fin mai

2023. L'incapacité de travail était entière dans l'activité habituelle. A la question de savoir quelle était la capacité de travail exigible dans une activité adaptée et depuis quand, il a répondu qu'un travail à 100 % dans une activité non-physiquement lourde semblait possible, mais il lui était impossible de définir une date de reprise.

Dans un rapport complété le même jour destiné à l'assureur perte de gain, le Dr M. _____ a confirmé ses conclusions diagnostiques. En ce qui concernait la capacité de travail, il a réitéré que l'activité habituelle n'était plus exigible, mais qu'une activité non-physique était possible à 100 %. Il ne s'est pas prononcé sur la date possible d'une reprise, qui devait encore être définie. Il avait en outre adressé sa patiente à un confrère spécialiste en médecine de réadaptation.

Par décision du 9 septembre 2024 confirmant un projet du 28 juin 2024, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. Il a retenu qu'elle présentait une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 26 mai 2023. Une année après, l'incapacité de travail demeurait totale dans l'activité habituelle, mais elle était entière dès le mois d'avril 2024 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : activité non-physiquement lourde, pas de port de charge de plus de 5 kg, pas d'abduction de plus de 90° et pas de mouvements répétitifs avec le membre supérieur droit. La comparaison des revenus sans et avec invalidité a conduit à un degré d'invalidité de 10 %, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente, ni à des mesures professionnelles.

C. Par acte du 3 octobre 2024, B. _____ a recouru contre la décision du 9 septembre 2024 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois, faisant valoir que sa santé impliquait une entière incapacité de travail et concluant implicitement à son annulation.

Par réponse du 2 juin 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours, au motif que la recourante avait certes présenté une incapacité de travail sans interruption depuis le 26 mai 2023, mais qu'elle disposait depuis avril 2024 d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à des

limitations fonctionnelles qui demeureraient inchangées depuis son premier refus de rente du 12 juin 2019. L'intimé a produit son dossier, qui comportait les pièces médicales suivantes, établies postérieurement à la décision litigieuse :

- un rapport du 12 décembre 2024 du Dr P._____, spécialiste en anesthésiologie, lequel a diagnostiqué des cervico-dorso-lombalgies aspécifiques et une possible sensibilisation centrale à la douleur. A l'anamnèse, ce médecin a relevé que les douleurs, à caractère de brûlure, de paresthésie ou de lancée électrique, étaient profondes avec une hypersensibilité au toucher sur tout le rachis, avec irradiations des douleurs cervicales jusqu'au pharynx, derrière les yeux, à la racine du nez et à la région frontale médiane. Les appuis (position assise ou dans le lit en décubitus dorsal) entraînaient une augmentation des douleurs avec une sensation de chaud et de picotements. L'examen neurologique n'avait révélé aucune particularité. Le Dr P._____ a indiqué que les douleurs n'étaient pas faciles à expliquer, une sensibilisation centrale à la douleur étant un mécanisme possible de celles-ci. Il a suggéré des séances de stimulation magnétique non invasive et itérative du cortex moteur gauche, dans un but de désensibilisation centrale à la douleur, mentionnant comme alternative la réalisation de perfusions à la lidocaïne.

- un rapport d'IRM de la colonne cervicale de la recourante du 4 février 2025, dans lequel le Dr K._____ a constaté ce qui suit à huit mois du précédent examen : pas d'argument pour une spondylarthrite ankylosante (pas de lésion de Romanus ni d'enthésopathie inflammatoire) ; régression de l'anomalie de signal Modic 1 d'une spondylo-uncarthrose en C6-C7 pincée, par ailleurs superposable au comparatif (sténose neuro foraminale C6-C7 bilatérale à prédominance droite) ; stabilité d'un rétrécissement canalaire en C6-C7 ; visualisation d'un nodule bien délimité de 23 mm de diamètre centré sur le lobe thyroïdien gauche, superposable au comparatif IRM, sans adénopathie cervicale, à corrélérer aux antériorités et une échographie de la glande thyroïde.

- un rapport d'IRM de la colonne dorsale établi par le Dr K._____ le 7 février 2025, dont les conclusions sont les suivantes : persistance stable d'un rehaussement relativement central du disque en T11-T12, avec visualisation nouvelle d'une ébauche de hernie intraspongieuse au plateau

inférieur T10 ; éléments sémiologiques en faveur d'une discite non infectieuse ; quelques anomalies de signal discontinues des listels marginaux, principalement T5-T6 et T7, dont l'association à un discret effilement du coin des corps vertébraux évoquait plutôt une origine dégénérative.

- un rapport établi à la suite d'un électroencéphalogramme réalisé le 5 mai 2025, qui n'a mis en évidence aucune particularité.

Par envoi du 23 juin 2025, la recourante a produit les pièces suivantes :

- un rapport du 6 mai 2024 du Dr BB._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, qui a posé les diagnostics de cervico-dorso-lombalgies chroniques post-chute en mai 2023 et de très probable syndrome douloureux myofascial avec des phénomènes de sensibilisation centrale de la corne dorsale médullaire. Il a prescrit du Saroten 10 mg afin d'améliorer le sommeil, la poursuite du traitement anti-inflammatoire non stéroïdien en fonction de la douleur, un traitement anti-inflammatoire topique par Flectoparin et Sportusal spray et de la physiothérapie. Il a également proposé, comme traitement alternatif, des séances d'acupuncture. Le prochain rendez-vous était prévu un mois plus tard.

- un rapport du Dr BB._____ du 30 septembre 2024, dans lequel il a ajouté le diagnostic d'allodynie coccygienne à ceux évoqués dans son précédent rapport. La possibilité d'une sensibilisation périphérique et centrale lui semblait très probable, raison pour laquelle il avait adressé sa patiente au Dr P._____ au Centre d'antalgie de la Tour pour une évaluation et prise en charge par des traitements de désensibilisation périphérique et centrale.

- un rapport du Dr BB._____ du 8 janvier 2025, dans lequel il a affirmé que l'état de sa patiente était stationnaire, voire en pénération. Le traitement auprès du Dr P._____ allait débuter dans le courant du mois de janvier et une consultation neurologique était en cours d'organisation. Le Dr BB._____ a relevé que l'hypothèse de la présence d'un syndrome de Covid long, avec douleurs musculo-squelettiques persistantes présentes avant la chute du mois de mai 2023, n'avait pas encore été investiguée.

En droit :

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

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

2. Le litige porte sur le droit de la requérante à une rente d'invalidité.

3. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 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).

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).

c) 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.

d) 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 atteint dans sa santé (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).

e) 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 (art. 29 al. 1 LAI).

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

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant

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

5. a) Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; TF 8C_105/2022 du 12 juillet 2022 consid. 4.1).

b) Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_253/2024 du 17 octobre 2024 consid. 3.3).

6. a) En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande du 27 novembre 2023 après un premier refus de prester prononcé en 2019. Il convient par conséquent d'examiner si, entre la décision de refus de rente du 12 juin 2019 et la décision litigieuse du 9 septembre 2024, l'état de santé de la recourante s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

b) La première demande de prestations de la recourante auprès de l'OAI a été déposée en raison d'une tendinopathie du sus-épineux droit.

Sur le plan médical, la décision de refus de prester rendue à la suite de cette demande était fondée sur l'appréciation du médecin-conseil de l'assureur perte de gain. Celui-ci avait estimé que l'assurée était en mesure de reprendre une activité professionnelle à 100 % dès le 1^{er} octobre 2017, moyennant le respect des limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge de plus de 5 kg, pas d'abduction de plus de 90° et pas de mouvements répétitifs du membre supérieur droit.

c) La seconde demande de prestations a été déposée à la suite d'une chute subie par l'assurée le 26 mai 2023, laquelle a provoqué des douleurs cervicales et dorsales.

Les examens auxquels s'est soumise l'assurée ont mis en évidence plusieurs atteintes. Au niveau des cervicales, elle présente des discopathies, modérées en C4-C5 et C5-C6 et sévère en C6-C7, avec une spondylo-uncarthrose bilatérale à prédominance droite en C6-C7 et des remaniements inflammatoires en miroir des corps vertébraux, ainsi qu'une sténose neuro foraminale bilatérale sévère en C6-C7, à prédominance droite (cf. rapport du Dr F. _____ du 30 mai 2023 ; rapport du Dr G. _____ du 14 juin 2023 ; rapport du Dr J. _____ du 22 juin 2023 ; rapport du Dr K. _____ du 13 mars 2024). Au niveau des lombaires, l'assurée souffre principalement d'un remaniement dégénératif affectant les articulaires postérieures en L4-L5 et en L5-S1 ainsi que d'une lésion de Romanus séquellaire en L3-L4, associés à une discrète ostéopénie et une minime attitude scoliotique à convexité gauche (cf. rapport du Dr H. _____ du 24 novembre 2023 ; rapport du Dr K. _____ du 15 mars 2024 ; rapport du Dr M. _____ du 16 avril 2024).

Il est ainsi constant que depuis la première demande déposée en 2017, la recourante a présenté de nouvelles atteintes, venues s'ajouter à celles dont elle souffrait déjà à l'épaule droite. Reste à déterminer si lesdites atteintes influencent son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

d) Dans sa décision du 9 septembre 2024, l'intimé s'est fondé sur l'appréciation du Dr M. _____ pour admettre une entière capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée dès le mois d'avril 2024, moyennant le respect des limitations fonctionnelles posées dans le cadre de la première demande de prestations, en lien avec les atteintes à l'épaule droite, auxquelles s'ajoutait celle de « travail non-physiquement lourd ».

Il sied en premier lieu de relever que l'appréciation de ce médecin est très succincte et n'est assortie d'aucune explication. Dans ces conditions, on peut d'emblée douter que son évaluation réponde aux exigences de motivation auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un rapport médical (cf. *supra* consid. 4b).

Par ailleurs, les conclusions du Dr M. _____ concernant les limitations fonctionnelles de la recourante manquent de clarté. Le terme « non-physiquement lourd » ne permet en effet pas de déterminer quels mouvements sont interdits ou doivent être limités en raison des nouvelles atteintes subies, ni quelles charges peuvent encore être portées, pas plus que la fréquence ou l'intensité auxquelles certains gestes demeurent autorisés. De tels renseignements sont pourtant indispensables pour déterminer la capacité résiduelle de travail de la recourante.

En ce qui concerne la date à partir de laquelle l'exercice d'une activité adaptée pouvait être exigé, l'intimé a retenu le mois d'avril 2024, alors que le Dr M. _____ a expressément indiqué qu'il était dans l'impossibilité de définir à partir de quand une telle reprise était envisageable (cf. rapports du 16 avril 2024). L'intimé n'a pas non plus interpellé son service médical à ce sujet. Or la capacité de travail est une question qui doit être évaluée en premier lieu par un médecin (ATF 140 V 193 consid. 3.2). Partant, en l'absence d'une telle évaluation médicale, l'intimé n'était pas fondé à admettre qu'une activité adaptée était exigible dès le mois d'avril 2024, sans instruire plus avant.

Au vu de ce qui précède, force est d'admettre que l'appréciation du Dr M._____, très succincte, peu claire et insuffisamment motivée, ne pouvait pas fonder la décision de refus de rente de l'intimée.

e) A cela s'ajoute que des rapports médicaux établis postérieurement à la décision litigieuse font état de pathologies supplémentaires, en lien avec les douleurs importantes ressenties par la recourante. Dans la mesure où ils ont également trait à la période antérieure à la décision entreprise, il y a lieu d'en tenir compte dans l'appréciation de la capacité de travail de l'intéressée (cf. *supra* consid. 5).

Le Dr BB._____ a diagnostiqué un syndrome douloureux myofacial avec des phénomènes de sensibilisation centrale de la corne dorsale médullaire et une allodynie coccygienne (cf. rapports des 6 mai et 30 septembre 2024). En décembre 2024, le Dr P._____ a lui aussi objectivé d'importantes douleurs avec une hypersensibilité au toucher sur tout le rachis, avec irradiations des douleurs cervicales jusqu'au pharynx, derrière les yeux, à la racine du nez et à la région frontale médiane, les positions assises ou dans le lit augmentant celles-ci. Selon ces deux médecins, une sensibilisation centrale et périphérique à la douleur était probable. En janvier 2025, le Dr BB._____ a encore évoqué la possible présence d'un syndrome de Covid long, avec douleurs musculo-squelettiques persistantes présentes avant la chute du mois de mai 2023.

Ces nouveaux éléments doivent être investigués, afin de déterminer si et dans quelle mesure ils impactent la capacité de travail résiduelle de l'intéressée.

f) Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de constater que l'instruction du dossier menée par l'OAI est lacunaire, de sorte que cette autorité n'était pas fondée à rendre la décision litigieuse sans autres mesures d'instruction. Il se justifie par conséquent d'annuler la décision entreprise et d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé, dès lors que c'est à lui qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe

inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA).

7. a) En définitive, le recours doit être admis, la décision entreprise annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction 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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, la partie recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 9 septembre 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction et nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- B. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- 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 :