COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 octobre 2026

Composition : M. WIEDLER, président
M. Neu et Mme Berberat, juges
Greffière : Mme Della Santa

*****

Cause pendante entre :

B._____, à A***, recourante, représentée par Procap Suisse, Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 8 al. 1, 43 al. 1 et 61 let. c LPGA ; art 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, divorcée, mère d'un enfant majeur, au bénéfice d'un CFC d'employée de commerce, d'un brevet de spécialiste d'achat et d'un diplôme en responsable achats, a travaillé en tant qu'acheteuse pour le compte du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) d'avril 2014 à août 2019 puis auprès de la [...] d'août 2019 à juillet 2020. Depuis 2013, elle exerçait également une activité indépendante dans le coaching pour adulte à un taux variant entre 5 % et 20 % et œuvre depuis 2021 au sein d'un comité de fondation à un taux d'activité 10 %.

L'assurée a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 2 avril 2019, en lien avec un burnout.

Par décision du 27 février 2020, confirmant un projet de décision du 17 janvier 2020, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a refusé d'octroyer une rente ou des mesures professionnelles à l'assurée, celle-ci ayant repris son activité habituelle à son taux usuel, mais auprès d'un autre employeur.

B. Le 2 juillet 2020, l'assurée a déposé une nouvelle demande auprès de l'OAI en relation en particulier avec un accident survenu le 8 janvier 2020 lui ayant occasionné des douleurs invalidantes. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'assureur-accidents) a pris en charge le cas et offert ses prestations, notamment des indemnités journalières.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a fait verser au dossier celui de l'assureur-accidents et recueilli divers documents, dont :

- un rapport médical du 9 janvier 2020 du Dr J._____, médecin assistant au Service des urgences du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), mentionnant plusieurs examens radiologiques sur la

colonne lombaire et le bassin, lesquels avaient mis en évidence des séquelles de fractures sans fracture aiguë ;

- un bilan neurologique du 4 février 2020 établi par la Dre E._____, médecin spécialiste en neurologie, posant les diagnostics de troubles fonctionnels entraînant une parésie proximale des membres inférieurs à prédominance droite et des douleurs au pli inguinal d'origine indéterminée consécutives d'une chute à cheval survenue le 8 janvier 2020 et constatant des transferts peu efficaces et non sécuritaires avec risque de chute, une marche non fonctionnelle et une impossibilité d'envisager des escaliers au titre de limitations ;
- un rapport IRM (imagerie par résonance magnétique) de la colonne lombaire et du bassin du 4 mai 2020 signalant une hernie de Pitt sur la tête fémorale droite (inchangée par rapport à l'IRM de la colonne lombaire du 17.06.2019), une légère discopathie L4-L5, ainsi qu'une légère atteinte dégénérative de l'articulation postérieure gauche L5-S1, sans révéler d'anomalie significative, en particulier aucun œdème osseux ;
- un rapport du 12 juin 2020 des Drs L._____ et M._____, toutes deux spécialistes en anesthésiologie, lesquelles ont retenu les diagnostics de douleurs chroniques post traumatiques lombosacrées et inguinales secondaires à une chute à cheval avec atteinte myofasciale (muscles ischio-jambiers et une bursite trochantérienne) avec possible syndrome facettaire lombo-sacré ;
- un rapport du 16 décembre 2020 de la Dr E._____, laquelle soulevant que les douleurs semblaient être d'origine neuropathique, a noté qu'une reprise d'une activité professionnelle à 100 % n'était pas envisageable et suggéré de privilégier une réinsertion avec un progression lente et une activité en position assise ;
- un rapport du 10 février 2021 du Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de la psychologue O._____, lesquels suivaient l'assurée depuis décembre 2017 et ont déclaré qu'elle présentait une réaction dépressive prolongée (F43.21) à la suite de l'accident et que la gravité des symptômes s'illustrait par un score élevé sur une échelle de dépression de Hamilton (18) ;

- un rapport du 11 août 2021 de la Dre P._____, spécialiste en neurologie, concluant que l'examen neurographique réalisé était dans la norme ;
- des rapports des 31 janvier et 13 juin 2022 du Dr U._____, spécialiste en neurologie et médecin d'arrondissement de la CNA, lequel a déclaré que le trouble fonctionnel touchant les membres inférieurs de l'assurée résultait d'une pathologie psychiatrique faisant partie des troubles dissociatifs (F44.4) et constaté que l'événement du 8 janvier 2020 n'avait pas occasionné de nouvelles lésions structurelles objectivables, par rapport à l'état séquellaire présenté par l'assurée à la suite d'un précédent accident qui avait eu lieu en 2012 ;
- une décision rendue par la CNA le 22 juin 2022, mettant un terme aux prestations de l'assurance-accidents au 26 juin 2022 à défaut de lien de causalité adéquate entre les atteintes persistantes et l'accident du 8 janvier 2020.

Entre-temps, le 15 juillet 2020, l'assurée a complété un formulaire de détermination du statut indiquant que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait entre 80 % et 100 % depuis 2001 en tant qu'acheteuse à titre d'activité salariée et consacrerait le pourcentage restant à une activité indépendante.

En réponse à un questionnaire de l'OAI, la Dre E._____, dans un rapport du 18 octobre 2022, a estimé la capacité de travail maximale de l'assurée entre 10 % et 20 %.

Aux termes d'un rapport du 31 octobre 2022, le Dr N._____ a répondu aux questions de l'OAI et posé les diagnostics incapacitants de trouble anxieux sans précision (F41.9), trouble de la personnalité sans précision (F60.9) et de trouble dissociatif de conversion sans précision (F44.9) et évalué la capacité de travail de l'assurée à 10 % dans son activité habituelle et à 20 % dans une activité adaptée.

Suivant la suggestion émise par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), dans son avis du 28 novembre 2022, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès du R._____ SA (ci-après : R._____). Dans leur rapport du 20 février 2024, les experts en médecine physique et réadaptation, médecine interne générale, neurologie, neuropsychologie et psychiatrie ont posé les diagnostics de neurasthénie (F48.0), épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), troubles cognitifs légers à moyens non spécifiés, lombalgies chroniques communes, légère discopathie lombaire basse, status après fractures des processus épineux L2 et L4 en 2012 et L3 en 2020, traitées conservativement, status après fracture du bassin en 2012 traitée conservativement, entorse de la métacarpo-phalangienne du pouce droit, fin 2023, sans signe de laxité clinique, migraines depuis l'enfance (prévalence de dix épisodes par mois), douleurs généralisées de la plante des pieds, des genoux, des chevilles ainsi que de la hanche gauche avec une mobilité articulaire ample sans suspicion d'arthrose ni de signe d'arthrite. Ces experts ont relevé que les critères diagnostiques de fibromyalgie n'étaient pas réunis et n'ont retenu aucun diagnostic neurologique à l'origine des troubles invoqués par l'assurée, notamment quant aux douleurs ressenties dans les plis inguinaux occasionnant une parésie algique et non neurogène de la motricité de la cuisse droite.

D'après ces experts, l'assurée était capable de travailler tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, à 50 % depuis mai 2020, hormis durant trois périodes durant lesquelles elle avait présenté une incapacité de travail totale, à savoir entre octobre 2018 et juin 2019 en raison d'un épisode dépressif d'intensité moyenne, entre le 8 janvier et le 30 avril 2020 à la suite d'un traumatisme lombaire, ainsi qu'entre le 24 novembre 2023 et le 29 février 2024 en lien avec un épisode aigu d'entorse du pouce droit. Les experts du R._____ ont arrêté les limitations fonctionnelles suivantes : sur le plan de la médecine physique et réadaptation, pas de position en porte-à-faux sur le tronc, de port répété de charge supérieure à dix kilos, de position statique prolongée assis ou debout avec alternance possible de position chaque trente minutes et sur le plan psychiatrique, pas de traitement d'informations simultanées, de prise de

décision immédiate, ainsi que l'évitement de toute situation stressante ou de gestion d'émotions.

Un rapport d'IRM de l'épaule droite a été établi le 13 septembre 2024 et a mis en évidence un œdème osseux contusionné de l'extrémité distale de la clavicule, une entorse de grade II du ligament ante acromio-claviculaire, une tendinopathie contusionnelle à la jonction du supra et de l'infra-épineux sans fissure ni rupture décelée, ainsi qu'une minime bursite sous acromio-deltoïdienne.

Une évaluation économique sur le ménage a été réalisée le 23 octobre 2024 au domicile de l'assurée. L'enquêtrice a proposé, d'une part, de retenir un statut d'active à 100 % compte tenu du parcours professionnel (salariée et indépendante) et personnel de l'assurée. D'autre part, au regard des stratégies mises en place (séquençage des activités légères sur la semaine), de l'organisation du couple avant l'atteinte et de l'aide exigible du compagnon de l'intéressée, il n'a été tenu compte d'aucun empêchement dans l'exécution des travaux habituels du ménage.

Dans un projet de décision du 15 novembre 2024, l'OAI a informé l'assurée qu'il allait lui allouer un quart de rente d'invalidité du 1er janvier 2021 au 31 janvier 2023, une rente entière du 1er février 2023 au 31 mai 2024, puis une rente de 25 % dès le 1er juin 2024, tenant compte que l'assurée exerçait une activité indépendante à 20 % dans laquelle elle n'avait pas d'empêchement.

Le 19 décembre 2024, B._____, par l'intermédiaire de Procap a présenté des objections à ce projet de décision, concluant à son annulation pour un complément d'instruction et nouveau projet de décision. Elle a soutenu que l'expertise était dénuée de valeur probante du fait qu'aucun diagnostic neurologique incapacitant n'avait été retenu, que des rapports médicaux avaient été écartés sans motivation et que les conclusions des experts étaient en contradiction avec les rapports de la psychologue et des médecins traitants. L'intéressée a contesté l'activité exigible retenue par les experts concernant son activité habituelle et

reproché à l'intimé une instruction économique lacunaire. Elle a joint à son écriture des cahiers des charges en lien avec ses activités de salariée et d'indépendante ainsi que plusieurs rapports médicaux, dont :

- un rapport du 27 novembre 2024 de la Dre E._____, dans lequel elle a posé les diagnostics neurologiques incapacitants de migraine chronique, atteinte fonctionnelle et de douleurs chroniques. Concernant l'expertise réalisée par le R._____, elle s'est questionnée sur la mise à l'écart par les experts de documents médicaux, surprise que l'expert en médecine physique et réadaptation ait retenu une capacité de travail totale au mépris des évaluations antérieures notamment des physiothérapeutes, et que l'expert en médecine interne n'ait pas considéré les migraines, l'atteinte fonctionnelle et les diverses atteintes orthopédiques au titre de diagnostic, ni posé de diagnostic neurologique. Compte tenu de l'ensemble des diagnostics, la Dre E._____ estimait une capacité de travail à 30 % au maximum, précisant qu'actuellement l'intéressée peinait à assumer une activité à 10 %. A son envoi, elle a joint plusieurs rapports médicaux dont notamment un bilan neurologique établi le 21 novembre 2024 faisant état d'une péjoration de l'état de santé ainsi qu'un rapport médical du 8 novembre 2021 établi lors d'un consilium mené par la Prof. I._____, spécialiste en neurologie, mentionnant au titre de diagnostic neurologique un trouble fonctionnel associé à une légère paraprésie motrice prédominant du côté droit et à une légère parésie du bras droit.
- un rapport de la psychologue V._____ du 12 décembre 2024, laquelle a notamment observé une forte augmentation de l'anxiété devenue massive. L'assurée était débordée par ses émotions et ses capacités habituelles de (sur)adaptation étaient fortement mises à mal avec apparition d'idées suicidaires.
- un rapport médical du 17 décembre 2024 du Dr N._____ qui a constaté une aggravation de l'état de santé de l'assurée notant un état anxio-dépressif de degré sévère (F 32.2). L'assurée faisait notamment face à une fatigue intense, une démotivation, un ralentissement psychomoteur en alternance avec une agitation anxieuse dont un trouble panique, une gestion déficiente des

émotions, ainsi qu'une aggravation du syndrome somatique versus sa neurasthénie. Ces limitations fonctionnelles ne lui permettaient pas de travailler à un taux supérieur à 20 %.

Suivant l'avis du SMR du 20 mars 2025, l'OAI a soumis des questions complémentaires à l'expert du R._____, le Dr X._____, spécialiste en neurologie, qui, dans un rapport du 22 mars 2025, a confirmé le trouble fonctionnel relevé par la Prof. I._____ en soutenant que ni la cause, ni l'expression clinique de ce trouble n'étaient d'ordre neurologique.

Par projet de décision du 27 mai 2025 annulant et remplaçant le précédent, l'OAI a informé l'assurée qu'il allait lui allouer un quart de rente d'invalidité du 1er janvier 2021 au 31 janvier 2023, une rente entière du 1er février 2023 au 31 mai 2024, puis une rente de 37.7 % dès les 1er juin 2024, tenant compte que l'assurée exerçait une activité de salariée à 10 % dans laquelle elle n'avait pas d'empêchement.

Le 24 juin 2025, l'assurée a fait part de ses objections quant à ce nouveau projet de décision et les a complétées les 9 juillet et 24 novembre 2025. Elle a demandé à l'OAI de reprendre l'instruction médicale en faisant état d'une aggravation de son état de santé en lien avec le diagnostic supposé du syndrome d'Ehlers Danlos hypermobile, des douleurs à l'épaule et à la main droites, ainsi que de nouvelles atteintes au niveau du rachis cervical et de la cheville mises en évidence lors des dernières IRM réalisées. L'intéressée a produit à l'appui de ses écritures plusieurs rapports d'examens radiologiques ainsi que des rapports médicaux, dont notamment ceux du Prof. Y._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, des 25 juin et 31 juillet 2025 posant le diagnostic probable du syndrome d'Ehlers Danlos, ainsi que celui de la Dre E._____ du 9 juillet 2025 évoquant que l'assurée avait vraisemblablement dû endurer les souffrances en lien avec ce syndrome antérieurement à l'accident du 8 janvier 2020.

Par décision du 20 janvier 2026, l'OAI a confirmé son projet de décision du 27 mai 2025 et arrêté le montant de la rente d'invalidité à compter du 1er février 2026.

C. Le 19 février 2026, B._____, sous la plume de son mandataire, a formé recours contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a conclu principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. A l'appui de son recours, elle a joint de nouveaux rapports médicaux dont un rapport du 16 décembre 2025 du Prof. Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, posant notamment les diagnostics d'arthrose sous-talienne gauche et de tendinopathie d'Achille bilatérale, des rapports du Dr K._____, spécialiste en rhumatologie, des 20 janvier et 11 février 2026, un rapport du 18 février 2026 de la Dre S._____, spécialiste en médecine interne générale, ainsi qu'un agenda des migraines concernant la période 2024-2026.

Par décision du 17 mars 2026, l'intimé a arrêté le montant du droit à la rente d'invalidité de la recourante pour la période du 1er janvier 2021 au 31 janvier 2026.

Dans une correspondance du 24 mars 2026, la recourante a produit un rapport du 26 février 2026 du Prof. Z._____.

Le 1er avril 2026, dans une détermination, la recourante a précisé que son recours portait également sur la décision du 17 mars 2026.

Dans sa réponse du 21 avril 2026, l'intimé a conclu qu'une nouvelle évaluation du point de vue de la rhumatologie ou de la médecine physique était nécessaire, se fondant sur l'appréciation du SMR du 2 avril 2026, jointe à son écriture, selon laquelle les derniers documents médicaux versés à la cause étaient susceptibles de modifier les limitations fonctionnelles de la recourante.

Par réplique du 28 avril 2026, la recourante a pris acte de l'acquiescement de l'intimé et confirmé, sous suite de frais et dépens, les mesures d'instruction requises à titre subsidiaire dans son recours, en

sollicitant une expertise pluridisciplinaire portant également sur le plan psychiatrique et sur l'analyse des diagnostics incapacitants du syndrome d'Ehlers Danlos hypermobile et de migraine. Elle a produit un rapport médical du CHUV du 23 mai 2025. Le 30 avril 2026, elle a transmis deux rapports médicaux, soit un rapport de consultation pour lipoedème du 31 mars 2026 du service d'antalgie du CHUV et un rapport du 28 avril 2026 du Centre d'antalgie et hypnose médicale du nord vaudois.

Le 2 juin 2026, la conseil de la recourante a produit une liste des opérations.

Dans un courrier du 16 juin 2026, la recourante a transmis un rapport médical du 3 juin 2026 du Prof. Z._____, constatant une recrudescence des symptômes sur la cheville gauche et la nécessité d'utiliser une canne anglaise.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, le recours a été 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 respecte les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment). Il est recevable.

2. **a)** Dans sa réponse du 21 avril 2026, l'intimé a indiqué qu'au vu des derniers documents versés au dossier, une expertise rhumatologique

ou de médecine physique apparaissait nécessaire pour déterminer les limitations fonctionnelles de la recourante. Ce faisant, il a implicitement acquiescé à la conclusion subsidiaire du recours.

Toutefois, en droit des assurances sociales, dans lequel prévaut la maxime d'office (cf. art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA), l'acquiescement est en principe inopérant, en ce sens qu'il ne dispense pas le juge de se prononcer sur le recours, de sorte qu'il y a lieu de rendre une décision sur le fond (TF 8C_487/2021 du 5 mai 2022 consid. 3.2 et les références citées).

b) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière de l'assurance-invalidité, en particulier sur sa capacité de travail, à la suite du dépôt d'une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 2 juillet 2020.

3. 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 1er 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 1er janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1er janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1er juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

En l'occurrence, l'ancien droit est applicable à la naissance du droit à la rente en janvier 2021. En revanche, les modifications du taux d'invalidité intervenues en février 2023 et juin 2024 sont fondées sur des faits postérieurs à l'entrée en vigueur du nouveau droit et sont dès lors régies par celui-ci.

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). Conformément à l’art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d’invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d’invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d’invalidité de 60 % au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux d’invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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).

A teneur du droit en vigueur depuis le 1er janvier 2022, 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). En vertu de l'art. 28*b* LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %. L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. A cette fin, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28*a* al. 1 LAI).

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 18ème anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

5. **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). 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, 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 V167 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 ; 134 V 131 consid. 3). 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).

6. **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 140 V 193 consid. 3.2 et références citées ; 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

d) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne

permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références 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).

e) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

7. 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 justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement ou lorsqu'il

s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 139 V 99 consid. 1.1 ; 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

8. **a)** En l'espèce, se fondant sur les conclusions du rapport d'expertise réalisé par les médecins du R._____ du 20 février 2024 et du rapport complémentaire du 22 mars 2025 de l'expert neurologue, le Dr X._____, l'intimé a estimé que depuis le 8 janvier 2021, la recourante présentait une capacité de travail de 50 % dans toute activité. En raison d'une aggravation de son état de santé une incapacité totale était retenue entre le 24 novembre 2023 et le 29 février 2024, puis une capacité de travail à 50 % dans toute activité à partir du 1er mars 2024.

b) La recourante conteste l'incapacité de travail retenue par les experts du R._____. Se prévalant des rapports médicaux établis par la Dre E._____, le 27 novembre 2024, et la Prof. I._____, le 8 novembre 2021, elle fait valoir que les experts et l'intimé à leur suite n'ont pas tenu compte de ses atteintes neurologiques. À l'appui des rapports du Prof. Y._____ des 25 juin et 31 juillet 2025, du Prof. Z._____ du 16 décembre 2025 et du Dr K._____ des 20 janvier et 11 février 2026, l'intéressée allègue une aggravation de son état physique préexistant ainsi que de nouvelles atteintes. En outre, en référence aux rapports médicaux rédigés les 17 décembre 2024 par le Dr N._____, psychiatre traitant, et la psychologue V._____, le 12 décembre 2024, la recourante se prévaut d'une aggravation de son état de santé psychique.

9. **a)** Les experts du R._____ ont établi leur rapport d'expertise pluridisciplinaire en date du 20 février 2024, après avoir procédé à des examens cliniques de la recourante le 24 novembre 2023 (médecine physique et réadaptation et neurologie), le 6 décembre 2023 (psychiatrie et médecine interne générale) et le 15 décembre 2023 (neuropsychologie).

aa) Dans leur évaluation consensuelle, les experts ont retenu, sur le plan somatique, uniquement des diagnostics non-incapacitants. Ils ont constaté en lien avec une lombalgie chronique des limitations fonctionnelles au niveau du rachis dorsolombaire consistant notamment dans l'évitement du port répété de charge supérieure à dix kilos, de la position en porte-à-faux du tronc, ainsi que des positions statiques prolongées assises ou debout. Ces limitations fonctionnelles étaient toutefois compatibles avec l'activité habituelle de la recourante.

Les experts ont par ailleurs relevé le caractère surdimensionné des douleurs chroniques musculosquelettiques au regard des constatations cliniques et radiologiques objectives. Ils ont considéré que ces douleurs s'inscrivaient en majorité dans le contexte d'un épisode dépressif avec syndrome somatique et neurasthénie.

bb) Sur le plan psychiatrique, le tableau était en revanche cohérent, l'épisode dépressif moyen ayant un impact aggravant en particulier sur la neurasthénie, qui constitue, selon les experts, le principal diagnostic incapacitant. Enfin sur le plan neuropsychologique, l'expert du R._____ a relevé des troubles cognitifs particuliers, principalement mnésiques, lesquels ne trouvaient pas d'explication sur la base des antécédents personnels et médicaux de l'intéressée.

b) Comme l'a reconnu l'intimé au regard de l'avis du SMR établi le 2 avril 2026, soit postérieurement au dépôt du recours, les rapports médicaux produits par la recourante font état d'éléments nouveaux voire possiblement d'une aggravation d'atteintes préexistantes. L'intimé a ainsi considéré qu'un complément d'instruction était nécessaire, sous la forme d'une expertise en rhumatologie ou en médecine physique et réadaptation.

Il ressort effectivement des rapports médicaux versés au dossier que la situation médicale de la recourante s'est détériorée depuis l'expertise. Ainsi, un rapport d'IRM du 13 septembre 2024 et les rapports du Dr K._____ (des 20 janvier et 11 février 2026) ont mis en évidence de nouvelles atteintes sur son épaule droite. Le Prof. Z._____, dans ses

rapports des 16 décembre 2025 et 26 février 2026, a retenu les diagnostics d'arthrose sous talienne gauche et de tendinopathie achilléenne bilatérale. Aux termes de ses rapports des 25 juin et 31 juillet 2025, le Prof. Y._____ a posé le diagnostic supposé de syndrome d'Ehlers Danlos.

Ces nouveaux éléments sont susceptibles d'avoir une incidence sur les limitations fonctionnelles de la recourante et, partant, sur sa capacité de travail. La mise en œuvre d'une expertise en rhumatologie ou en médecine physique et réadaptation apparait ainsi effectivement indiquée.

c) Toutefois, le complément d'instruction ne saurait être limité à ces seules spécialités médicales. En effet, dans leur évaluation consensuelle, les experts du R._____ ont relevé que les facteurs psychiatriques intervenaient dans l'expression des douleurs et que les différentes problématiques étaient « intriquées ». Il importe dès lors de déterminer si l'évolution de l'état de santé psychique de la recourante est également de nature à modifier l'appréciation de sa capacité de travail.

Dans son rapport du 17 décembre 2024, le Dr N._____ a, en effet, fait état d'une aggravation de l'état psychique de l'intéressée. Il a relevé une accentuation de l'état anxio-dépressif et indiqué que, durant le dernier trimestre de 2024, celui-ci avait atteint un degré sévère (F32.2). Selon ce médecin, cette péjoration se manifestait notamment par un état de détresse associé à une agitation alternant avec un ralentissement neuropsychique marqué, un effondrement de l'estime de soi, une attitude morose quant à l'avenir, des idées noires, une aggravation du syndrome somatique et de la neurasthénie, ainsi que par un trouble sévère du sommeil. Le traitement antidépresseur avait, dans ce contexte, dû être augmenté. Le Dr N._____ a ainsi attesté d'une capacité de travail de l'intéressée de 20 % au maximum, pour une durée indéterminée. La psychologue traitante dans son rapport du 12 décembre 2024 a mentionné l'apparition d'idées suicidaires.

Ces avis médicaux étayés sont de nature à remettre en question l'appréciation de l'état psychique de la recourante et ainsi l'évaluation de

ses limitations fonctionnelles telle qu'elle ressort de l'expertise du R._____ du 20 février 2024. Une nouvelle expertise psychiatrique apparait par conséquent nécessaire afin de déterminer les diagnostics pertinents ainsi que leur incidence sur la capacité de travail de la recourante.

d) Sur ce dernier point, il importe de relever que la capacité de travail de 50 % retenue par les experts à compter du 8 janvier 2021 est en contradiction avec les appréciations des médecins qui suivent la recourante depuis plusieurs années. Ainsi, dans leurs rapports antérieurs à l'expertise, la Dre E._____, dans son rapport du 18 octobre 2022, et le Dr N._____, dans son rapport du 31 octobre 2022, avaient estimé la capacité de travail de la recourante entre 10 et 20 %. Des rapports établis postérieurement à l'expertise il ne ressort pas d'amélioration significative de cette capacité. Au contraire, selon son rapport du 27 novembre 2024, la Dre E._____ a retenu une capacité de travail de 30 % au maximum, tandis que le Dr N._____, aux termes de son rapport du 17 décembre 2024, a maintenu le taux d'activité de 20 %.

e) Les divergences entre l'expertise du R._____ et les rapports des médecins traitants ne portent pas uniquement sur le taux de capacité de travail, mais également sur la nature et l'origine de certaines limitations fonctionnelles en particulier sur le plan neurologique. Dans son rapport du 27 novembre 2024, la Dre E._____ a notamment fait état d'une péjoration de l'état de santé de la recourante, en particulier en ce qui concerne la mobilité fonctionnelle en double tâche, la vitesse et le schéma de marche, ainsi que les capacités aérobies, dans un contexte de douleurs chroniques. Elle a également rappelé le diagnostic de trouble fonctionnel posé par la Dre I._____ le 8 novembre 2021. L'expert neurologue du R._____, dans son rapport complémentaire du 22 mars 2025, a considéré que les troubles fonctionnels présentés par la recourante n'étaient pas d'origine neurologique. Toutefois, dans son rapport du 9 juillet 2025, la Dre E._____ a maintenu son avis contraire et posé le diagnostic de troubles fonctionnels neurologiques (F44.4). La neurologue traitante a également indiqué que la découverte d'autres affections, initialement non diagnostiquées, notamment le syndrome d'Ehlers-Danlos ainsi que des

migraines « assez » importantes pouvait avoir un impact sur la capacité de travail de la recourante, sans toutefois être en mesure de quantifier cette incidence.

Il existe ainsi des divergences entre les différentes appréciations médicales quant au taux de capacité de travail ainsi que sur les limitations fonctionnelles. Par conséquent, en l'état du dossier, il n'est pas possible pour la Cour de céans de statuer, au degré de la vraisemblance prépondérante sur la capacité de travail de la recourante. Cette lacune doit être comblée dans le cadre d'une instruction complémentaire.

f) Compte tenu de la complexité de la situation médicale de l'intéressée, il apparait nécessaire qu'une évaluation consensuelle de ses atteintes à la santé et de sa capacité de travail soit réalisée. En conséquence, il convient de renvoyer le dossier à l'intimé, dès lors que c'est à lui qu'il revient, en premier lieu, d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 al. 1 LPGA) afin qu'il mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire avec des volets en rhumatologie ou médecine physique et réadaptation, en psychiatrie et en neuropsychologie, soit les spécialités dans lesquelles les experts du R._____ ont retenu des atteintes invalidantes. En outre, il incombera aux experts de se déterminer quant à l'impact sur la capacité de travail de la recourante de l'ensemble des atteintes retenues depuis juillet 2019. Il est en effet possible que les nouveaux éléments médicaux versés au dossier puissent exercer une influence sur l'interprétation et l'explication de la situation médicale passée de la recourante et partant sur l'évolution de sa capacité de travail théorique.

10. **a)** En définitive, le recours doit être admis et les décisions attaquées annulées, 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. 1bis 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 partie 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). Après examen de la liste des opérations déposée le 3 juin 2026 par Procap Suisse, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 3'000 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée (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. Les décisions rendues les 20 janvier 2026 et 17 mars 2026 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont annulées, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B._____ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

Le président : La greffière :

Du

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

- Procap Suisse, Service juridique (pour la recourante)
- 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 :