

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 mars 2026

Composition : M. WIEDLER, président
MM. Piguet, juge, et de Chambrier, juge suppléant
Greffier : M. Reding

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à Q***, recourante, représentée par Procap Suisse, à Bienne,
et

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

Art. 8, 17 al. 1 et 61 let. c LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

En fait :

A. B._____, née le ***1986, mariée et mère de deux enfants mineurs (nés en *** et en ***), dispose d'un CFC d'employée de commerce, d'une maturité professionnelle santé-sociale et d'un Bachelor of Arts HES-SO en travail social avec orientation service social obtenu en 2013. De janvier 2012 à novembre 2016, elle a travaillé comme assistante sociale auprès de la commune de R***, notamment à 80 % depuis le 1^{er} janvier 2013, puis à 60 % dès le 1^{er} mai 2015. Elle a travaillé pour la fondation F._____ de décembre 2016 au 30 novembre 2019, à 40 %, en qualité d'assistante sociale. Elle a en parallèle exercé la fonction de cheffe de projet pour cette fondation du 1^{er} janvier au 30 juin 2019 au taux de 10 %. Après avoir bénéficié de prestations de l'assurance-chômage, elle travaille depuis le 1^{er} septembre 2020 auprès de l'Association O._____ d'abord au taux de 40 %, réduit à 10 % dès le 4 janvier 2021, en raison de problèmes de santé, puis réaugmenté à 30 % depuis le 1^{er} mai 2021, en télétravail, en qualité de responsable communication et administration. Ce taux a été augmenté à 35 % dès le 1^{er} septembre 2024 et elle travaille actuellement à 40 %. L'assurée s'est inscrite à l'assurance-chômage pour un taux d'occupation de 50 % depuis le 1^{er} janvier 2021.

Elle vit séparément de son mari depuis le 15 mai 2024.

B. Régulièrement en incapacité de travail depuis 2013, B._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 18 février 2016, qui a été rejetée par l'Office de l'assurance invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) par décision du 14 mars 2017, faute d'atteinte à la santé invalidante.

C. **a)** Le 21 janvier 2021, B._____ a adressé une nouvelle demande de prestations à l'OAI, en faisant valoir des atteintes physiques et psychiques multiples et une péjoration de celles-ci. A l'appui de sa demande, elle a notamment produit un rapport établi le 26 novembre 2020 par la Dre A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, laquelle

signalait une péjoration de l'état de santé de sa patiente, tout en attestant une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée.

L'OAI a pris diverses mesures d'instruction, notamment auprès des médecins traitants de l'assurée. Sur recommandation du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), il a mandaté le centre médical K._____ SA afin qu'il procède à une expertise pluridisciplinaire de médecine interne, gastro-entérologie, psychiatrie et rhumatologie. Dans leur évaluation consensuelle du 8 mars 2022, les experts, à savoir le Dr L._____ pour la médecine interne, le Dr M._____ pour la gastro-entérologie, le Dr N._____ pour la psychiatrie et le Dr P._____ pour la rhumatologie, ont retenu comme troubles, avec ou sans incidence sur la capacité de travail, des troubles mixtes de la personnalité (CIM-10 F61.0), des troubles de somatisation (CIM-10 F45.0), des troubles anxieux généralisés (CIM-10 F41.1), un syndrome d'Elhers Danlos (CIM-10 Q79.6), un dumping précoce probable sur bypass gastrique dès 2013 (CIM-10 K91.1), un intestin irritable (CIM-10 K58.3), un trouble dysthymique actuel (CIM-10 F34.1), des troubles dépressifs récurrents actuellement en rémission (CIM-10 F33), des troubles du comportement alimentaire avec hyperphagie (CIM-10 F50.4), un syndrome d'apnée du sommeil appareillé (CIM-10 G47.3), une obésité (BMI en 2021 à 36 kg/m² ; CIM-10 E66.9), des migraines et céphalées de tension (CIM-10 G43.9 et G44.2), de l'asthme (CIM-10 J45.8), une rhino-conjonctivite allergique (CIM-10 J30.4), une stéatose hépatique (CIM-10 K76.0) et des allergies diverses (noix, noisettes, pollen de bouleau, poils de chevaux ; CIM-10 T78.4). Les experts ont estimé que la capacité de travail de l'assurée dans l'activité exercée jusqu'ici était entière du 1^{er} décembre 2016 au 20 mai 2019, nulle du 21 mai au 30 novembre 2019, de 50 % dès le 1^{er} décembre 2019, de 20 % dès le 1^{er} janvier 2021 et de 30 % depuis le mois de mai 2021. Selon eux, la capacité de travail dans une activité adaptée était de 50 % depuis le 26 novembre 2020 et de 40 % depuis le 1^{er} mai 2021.

Le 3 juin 2022, le médecin du SMR, se prononçant sur les résultats de l'expertise pluridisciplinaire, a fait part de certaines interrogations concernant les volets rhumatologique et psychiatrique de

celle-ci, notamment quant aux dates et aux différences de capacité de travail retenues par l'expert psychiatre. En outre, s'agissant du volet rhumatologique, il a en particulier expliqué être un peu surpris d'une capacité de travail diminuée à 50 % alors que l'assurée ne semble pas limitée de manière uniforme dans tous les domaines de la vie (elle s'occupait deux jours par semaine de ses enfants). En outre, son activité d'assistante sociale semblait respectueuse des limitations fonctionnelles et une baisse de la capacité de travail de 50 % due uniquement à la nécessité de repos paraissait un peu excessive. En ce qui concerne le volet psychiatrique, le médecin du SMR a relevé que les diagnostics étaient assez peu motivés et qu'il ne retrouvait pas les critères diagnostiques pour le trouble de la personnalité et pourquoi celui-ci serait incapacitant. Il existait en outre des incohérences entre les activités exercées par l'assurée au quotidien et les limitations fonctionnelles psychiatriques retenues. Le médecin a en outre souligné que l'expert n'expliquait pas les raisons pour lesquelles il s'écartait des diagnostics au dossier (trouble panique, traits narcissiques et anxieux notamment). Il a dès lors requis que des questions complémentaires soient posées aux experts concernés.

Les experts ont répondu comme suit aux questions du SMR dans un complément du 20 juin 2022, en maintenant leur position (*sic*) :

« *Dr P. _____* :

1. *Vous mentionnez des entorses à répétition, des troubles proprioceptifs et chutes de longue date, l'assurée aurait d'ailleurs déjà interrompu la danse 3 ans auparavant mais vous retenez une diminution de la capacité à 50% dès la date du diagnostic en juin 2021, que faut-il comprendre :*

a. *La capacité de travail est entière jusqu'en juin 2021 ? (Dans ce cas, merci de préciser pourquoi elle est précisément diminuée à ce moment)*

Juin 2021 correspond à la période où le diagnostic de syndrome d'Ehlers Danlos a été réellement posé. Il est évident que celui-ci existait bien avant puisqu'à 12 ans elle présentait déjà des entorses à répétition avec déchirure ligamentaire. Les douleurs sont signalées également en 2010 et en 2013 sans preuve diagnostic. On pourrait, bien sûr, fixer le diagnostic au moment où l'expertisée a arrêté la danse, soit en 2019, mais cette date est tout aussi arbitraire que les autres. La seule qui soit objective est la date du diagnostic.

b. *Si non, merci de préciser depuis quand les limitations entraînent une baisse de la capacité de travail en étayant votre réponse Voir point a.*

2. Vous reprenez une baisse de la capacité de travail de 50% dans toute activité.

a. Etant donné que son activité d'assistante sociale/responsable de communication semble en grande partie respecter les LF [limitations fonctionnelles], faut-il considérer que les périodes de repos nécessaire justifient à elles-seules une diminution de la capacité de travail de 50% ?

Oui, 50% est d'ailleurs supérieur à ce qu'elle fait actuellement.

b. Avez-vous objectivé des signes de fatigue durant la durée de votre expertise ?

Non. Qui a été précisé que l'expertisée présente une augmentation de douleur et d'asthénie après les efforts, même de faible intensité ou après des périodes de concentration.

c. Comment expliquez-vous que l'assurée ne puisse avoir une CT [capacité de travail] plus élevée que 50% au plan rhumatologique alors qu'elle est mesurée de prendre en charge ses 2 jeunes enfants durant 2 journées à temps plein, activité probablement plus éprouvante physiquement et mentalement que son activité habituelle de bureau ?

Elle ne prend en charge ses enfants que les mercredi et vendredi après-midi, alors que son fils aîné va à la capoeira et que sa fille fait la sieste. Par ailleurs le relais est pris par son mari à 18h.

Au Dr N. _____ :

1. Vous reprenez un trouble mixte de la personnalité qui ne semble pas avoir empêché l'assurée de se former, de travailler durant plusieurs années auprès des mêmes employeurs, de se marier et avoir des enfants et reprenez également une capacité de travail entière jusqu'en mai 2019.

a. Faut-il considérer le trouble décompensé depuis lors ?

Un trouble de la personnalité, ici un trouble mixte au vu des différents traits dépendant, histrionique, quelques traits border line, n'empêche pas forcément de s'établir (se marier, avoir des enfants etc..) et même certains schizophrènes à la pathologie encore plus lourde peuvent le faire. Cela n'empêche pas non plus de travailler, avec néanmoins des limitations selon le degré de sévérité. Ainsi ces diagnostics ne peuvent être remis en question. Un trouble de la personnalité il faut le souligner perdure, et on peut dire qu'il est constitutif, et que la personnalité est ainsi structurée.

Ce qui a décompensé c'est un trouble anxieux généralisé, et d'évidentes somatisations.

b. Si oui, comment peut-on expliquer que l'assurée est en mesure de faire face au quotidien et gérer ses enfants 2 jours par semaine ?

Les troubles présentés justement l'empêchent de s'occuper du quotidien et des enfants plus de deux jours par semaine ce qui est son maximum.

c. Merci de préciser les critères diagnostiques selon la CIM-10 vous permettant de retenir celui-ci comme décompensé.

En dehors du trouble initial de la personnalité déjà détaillé dans notre expertise, elle a présenté des multiples troubles de somatisation F45.0 (plaintes somatiques multiples et variables pas toujours

expliquées, entraînant des consultations et bilans) et aussi un trouble anxieux généralisé (F41.1) évoluant depuis plus de 6 mois, avec des symptômes décrits d'hyperactivité neurovégétative, respiratoire, de tension musculaire.

2. *Merci de préciser les raisons qui vous font vous écarter des diagnostics au dossier (trouble panique, traits narcissiques et anxieux notamment)*

Notre examen n'a pas permis de retrouver de traits narcissiques mais histrioniques, et à l'évidence par ailleurs il ne s'agit pas d'attaques de panique brutales, avec acmé en quelques minutes, mais de tensions, de troubles anxieux plus permanents.

3. *Nous avons de la difficulté à comprendre les dates et taux que vous reprenez pour la CT qui semblent davantage suivre les taux exercés par l'assurée que l'état de santé.*

a. *Merci de préciser l'évolution de la capacité de travail depuis mai 2019 dans l'activité habituelle sur un taux de 100% ET indépendamment d'un éventuel choix de l'assurée de baisser son taux pour des raisons familiales ou extra-médicales ?*

0% dès le 23.12.2015. Ensuite 100% au 01.12.2016 jusqu'au 20.05.19 (même si elle a de son propre chef travaillé à 40% nous avons bien retenu dans notre expertise à ce moment une CT de 100% et non de 40%).

0% depuis le 21.05.2019 au 30.11.19 (épuisement).

50% depuis le 01.12.2019 ; 20% depuis le 01.01.2021.30% depuis mai 2021.

b. *De même pour la CT depuis mai 2019 dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles (sur un taux de 100% et indépendamment d'éléments extra-médicaux) ?*

50% depuis le 26.11.2020.

40% depuis le 01.05.2021 du fait de limitations fonctionnelles psychiatriques. ».

Le 16 août 2022, le médecin du SMR s'est déterminé sur les compléments apportés par les experts, en indiquant pouvoir suivre les conclusions de l'expert rhumatologue et celles de l'expert psychiatre concernant une capacité de travail de 50 % dès décembre 2019, mais non sur le taux de 40 % dès le 1^{er} mai 2021, ce dernier semblant basé uniquement sur les taux contractuels de l'assurée.

L'assurée a présenté des incapacités de travailler de 70 % dès le 1^{er} novembre 2022, attestées par sa médecin généraliste.

Dans l'évaluation économique sur le ménage, effectuée le 31 mars 2023, l'évaluatrice de l'OAI retenait un statut mixte 80 % (active) et 20 % (tâches ménagères). Elle rapportait que l'assurée se plaignait d'une

aggravation de son état de santé depuis la réalisation de l'expertise pluridisciplinaire, faisant état « *de douleurs généralisées dans tout le corps et d'une grande fatigue qui la limit[aient] au quotidien* ». Le moral de l'assurée était, selon elle, instable, celle-ci s'inquiétant de sa situation financière et souffrant de ne pas pouvoir s'occuper davantage de ses deux enfants.

Le 1^{er} juin 2023, le médecin du SMR s'est déterminé sur divers rapports médicaux présentés par l'assurée. Il n'existait, selon lui, pas d'éléments réellement nouveaux sur le plan somatique, ni de péjoration de l'état de santé sur le plan psychiatrique. Il recommandait toutefois un rapport de suivi au psychiatre traitant afin de confirmer ou d'infirmier son appréciation.

Dans son rapport du 10 juillet 2023, la psychiatre traitante a mentionné que l'évolution globale avait été, sur un plan strictement psychiatrique, plutôt favorable et retenait une capacité de travail de 30 %.

Dans son avis médical du 20 juillet 2023, le médecin du SMR a confirmé son avis du 16 août 2022.

L'assurée a été hospitalisée en mode volontaire du 30 août au 18 septembre 2023 en raison d'anxiété et de troubles du sommeil. Elle a présenté des incapacités de travail, attestées médicalement soit par sa psychiatre, soit par sa généraliste traitante, dès le 23 septembre 2023 (de 50 % à 100 %).

Le 6 décembre 2023, l'évaluateur de l'OAI a complété son évaluation économique sur le ménage et retenu un taux d'empêchements ménagers de 28.25 %.

b) Le 19 janvier 2024, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui accorder un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2021, en raison d'un degré d'invalidité de 40.36 %. L'OAI retenait un statut mixte (personne active 80 % et ménagère 20 %), une capacité de travail de 50 % depuis le

1^{er} décembre 2019 dans une activité adaptée telle que celle exercée actuellement en tant que responsable administration et communication, et un empêchement de 28.25 % dans la tenue du ménage.

Le 9 février 2024, l'assurée a contesté ce projet de décision en faisant valoir que, ses enfants ayant grandi, son taux d'occupation, sans atteinte à la santé et dans son activité d'assistante sociale, serait de 100 % et que sa capacité de travail était de 30 % dans un poste adapté depuis septembre 2021. Elle a précisé que l'aggravation de son état de santé avait nécessité une hospitalisation de deux semaines à l'hôpital de C. _____ au début du mois de septembre 2023, laquelle avait été suivie de périodes d'incapacité de travail (de 100 % à 50 %). L'assurée a précisé qu'un emploi adapté à un taux de 30 % représentait déjà un défi pour elle et qu'elle serait incapable de travailler à un plus haut pourcentage.

La généraliste traitante a rédigé un rapport le 4 mars 2024, dans lequel elle retenait une capacité de travail de 30 % dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée depuis environ 2020, en précisant que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis l'été 2023.

La psychiatre traitante a confirmé le 4 mars 2024 que l'assurée présentait, selon elle, une capacité de travail de 30 % depuis deux ans et demi dans l'activité habituelle.

Le 27 mai 2024, le médecin du SMR s'est prononcé sur les divers rapports médicaux produits. Selon lui, il n'existait pas d'éléments nouveaux sur le plan somatique et l'aggravation au plan psychique devait être précisée par la psychiatre traitante.

Le 15 juillet 2024, la psychiatre traitante, répondant aux questions de l'OAI, a indiqué que l'évolution était plutôt favorable. Elle mentionnait que, depuis le 21 janvier 2024, l'assurée avait pu reprendre son activité professionnelle à son taux contractuel de 30 % et que la capacité de travail de celle-ci était actuellement de 40 %. L'assurée a

présenté de nouvelles incapacités de travail, attestées par sa généraliste traitante, du 18 juin au 30 septembre 2024 (de 70 % à 65 %).

c) Le 11 décembre 2024, après avoir recueilli un nouvel avis du SMR (prise de position du 23 août 2024), l'OAI a annulé et remplacé son projet de décision du 19 janvier 2024. Il envisageait désormais d'accorder à l'assurée un quart de rente du 1^{er} juillet 2021 au 31 juillet 2023 et une demi-rente dès le mois d'août 2023, celle-ci pouvant être considérée dès le mois d'août 2023 comme une personne active à 100 %, avec une capacité de travail toujours de 50 %.

d) Par projet de décision du 24 février 2025, l'OAI a annulé et remplacé son projet de décision du 11 décembre 2024, après avoir constaté que l'augmentation du degré d'invalidité de l'assurée était inférieure à 5 %. Il constatait ainsi que celle-ci avait droit à un quart de rente dès le 1^{er} juillet 2021 et que ce droit n'était pas influencé par son changement de statut en août 2023, contrairement à ce qu'elle avait retenu dans le projet précédent.

Par décision du 11 avril 2025, l'OAI a confirmé l'octroi d'un quart de rente à l'assurée dès le 1^{er} mai 2025, ainsi que l'octroi d'une rente pour enfant pour chacun des deux enfants de celle-ci. Il précisait également à l'assurée qu'une décision pour la période du 1^{er} juillet 2021 au 30 avril 2025 lui serait notifiée ultérieurement.

Le 23 avril 2025, l'assurée a formulé des objections au projet susmentionné, en estimant que l'ancien système devrait lui être appliqué et que partant, une demi-rente devrait lui être accordée dès 1^{er} août 2023.

D. Par acte du 27 mai 2025, B._____, agissant par Procap, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours contre la décision précitée. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, à sa réforme et à l'octroi d'au moins une demi-rente. Subsidiairement, elle demande le renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Elle requiert également l'assistance judiciaire limitée aux frais.

Le 2 juin 2025, le Juge instructeur de la Cour des assurances sociales a octroyé à la recourante l'assistance judiciaire limitée aux frais.

Dans son mémoire de réponse du 30 juin 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours.

La recourante, agissant par Procap, a répliqué le 17 juillet 2025.

Le 22 août 2025, l'OAI a confirmé les conclusions de sa réponse.

Les 23 octobre et 19 décembre 2025, la recourante, par la même représentante, a requis le retrait de l'effet suspensif à son recours, afin qu'elle puisse percevoir le quart de rente qui lui avait déjà été alloué.

Par courrier du 2 février 2026, l'OAI a indiqué que le quart de rente était versé chaque mois sur le compte bancaire de la recourante.

Le 10 février 2026, la recourante a confirmé ce qui précède, précisant toutefois que la rente accordée pour la période du 1^{er} juillet 2021 au 30 avril 2025 n'avait pas encore fait l'objet d'une décision ni n'avait encore été versée.

En droit :

1. a) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le prononcé d'octroi d'une rente échelonnée dans le temps par le biais de plusieurs décisions rendues à des dates sensiblement différentes est en principe prohibé (ATF 131 V 164 consid. 2.3). En l'occurrence, le règlement du rapport juridique au moyen d'un prononcé, le 11 avril 2025, pour la période courant dès le 1^{er} mai 2025 et d'un autre annoncé pour la période courant du 1^{er} juillet 2021 au 30 avril 2025, mais dont la cour de céans n'a pas connaissance, ne pose pas de problème procédural, tel la détermination de l'échéance du délai de recours, vu que l'assurée a d'emblée attaqué, dans les formes prescrites, le premier prononcé (cf. *infra* consid. 1b), qui, du reste, comprenait déjà une motivation couvrant l'ensemble de la période

concernée par la demande de prestations. La question de la validité en tant que décision du second prononcé, dans la mesure où il se recoupe avec à tout le moins la motivation globale du premier, peut donc être laissée ouverte (nullité des secondes décisions portant sur un même objet litigieux : ATF 125 V 396 consid. 1 ; SVR 2010 KV n° 6 consid. 2.2). Il convient donc de partir du principe que la décision de l'OAI du 11 avril 2025, qui représente l'objet de la contestation, octroie, sans discontinuer, un quart de rente à la recourante depuis le 1^{er} juillet 2021. L'objet du litige porte sur la réforme de cette décision et sur l'octroi d'au moins une demi-rente à la recourante, ainsi que, subsidiairement, sur une administration de preuves complémentaires. Sont particulièrement contestés, d'une part, l'absence de réalisation des conditions d'une révision (à la suite du changement de statut de la recourante en août 2023) et, d'autre part, la détermination du revenu d'invalidé (prise en compte de l'activité habituellement exercée au lieu des valeurs statistiques) et de la capacité de travail.

b) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 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).

En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi sur la procédure administrative du 28 octobre 2008 ; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. 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 (concernant les principes généraux en matière de droit intertemporel, cf. ATF 149 II 320 consid. 3 ; 148 V 174 consid. 4.1 ; 148 V 162 consid. 3.2.1).

L'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité échelonnée et/ou limitée dans le temps est en principe régi par les mêmes règles que la révision d'un droit à une rente existant en vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA (cf. ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 133 V 263 consid. 6.1).

b) En l'occurrence, bien que la décision litigieuse ait été rendue en 2025, elle fait suite à une demande de prestations du 21 janvier 2021 déposée en raison d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis mai 2019. Le droit à une rente est ainsi régi par les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. En revanche, l'examen d'une éventuelle révision de cette rente se fera en application du droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits.

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

être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

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).

d) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022, applicable *ratione temporis* au cas d'espèce dans la mesure où le litige porte sur l'existence d'un motif de révision de la rente postérieur à cette date), 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 ; TF 8C_9912025 du 19 août 2025 consid. 4.2).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le taux d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi 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. Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap. En

revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 144 1 103 consid. 2.1 ; 141 V 9 consid. 2.3 ; 134 V 131 consid. 3).

e) Selon l'art. 28a LAI, l'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA (al. 1, première phrase) ; lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, le taux d'invalidité pour cette activité est évalué selon l'art. 16 LPGA (al. 3, première phrase). L'art. 16 LPGA prévoit que pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. Conformément à l'art. 28b al. 2 LAI, pour un taux d'invalidité compris entre 50 % et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Jusqu'au 31 décembre 2021, la loi prévoyait l'octroi d'une demi-rente d'invalidité si le taux d'invalidité était de 50 % au moins (art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'à cette date).

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 140 V 193 consid. 3.2 ; 132 V 93 consid. 4 et les références).

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).

c) 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 LPG, 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_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références). 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).

d) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

e) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

f) 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). 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).

5. Sur le plan médical, la décision attaquée se fonde essentiellement sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 8 mars 2022 et sur l'avis du SMR, qui retient une capacité de travail dans une activité adaptée de 50 % dès le 1^{er} décembre 2019, sans discontinuer, et qui diverge sur ce point du rapport d'expertise précité.

6. a) La recourante reproche tout d'abord à l'OAI de s'être écarté de l'expertise pluridisciplinaire du 8 mars 2022, laquelle retient une capacité de travail dans une activité adaptée de 50 % dès le 26 novembre 2020 et de 40 % depuis le 1^{er} mai 2021. En substance, elle fait valoir que cette expertise dispose d'une valeur probante entière, qu'il n'y avait pas lieu de douter de son bien-fondé et, partant, de ne pas la suivre pleinement. Elle ajoute que ses médecins traitants ont attesté une aggravation de son état de santé après la réalisation de cette expertise et qu'ils mentionnaient une capacité de travail de l'ordre de 30 %.

b) Sous l'angle médical, il ressort, en substance, du dossier les éléments suivants :

aa) Dans son écrit du 26 novembre 2020, la psychiatre traitante de la recourante, la Dre A. _____, mentionne les diagnostics de trouble de la personnalité borderline avec traits narcissiques (CIM-10 F60.3), somatisation (CIM-10 F45.0), trouble panique (CIM-10 F41.0), dysthymie (CIM-10 F34.1), trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (CIM-10 F33), hyperphagie (CIM-10 F50.4) et status après bypass gastrique en 2011. Elle décrit l'incapacité de la recourante à travailler à plein temps depuis son entrée dans le monde du travail en 2012. Précisant que la recourante a débuté un emploi à 40 % au début du mois de septembre 2020, elle relève que celle-ci a développé une péjoration des symptômes douloureux, en particulier abdominaux et respiratoires, un état anxio-dépressif marqué et une peur de conduire, ayant entraîné une mise en incapacité totale de travailler de plusieurs semaines. Elle indique qu'à sa demande la recourante a repris le travail avec grande difficulté le 2 novembre 2020. Cette activité en télétravail semble, selon elle, plus

compatible avec les difficultés de la recourante. Elle indique une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée.

bb) Dans son rapport du 2 mars 2021, la généraliste traitante, la Dre D._____, retient que la recourante a besoin d'une activité professionnelle qui l'aide à garder son équilibre psychique, en limitant sa capacité de travail à 50 %. Elle mentionne une symptomatologie douloureuse sous forme de céphalées, douleurs inguinales, douleurs abdominales avec ballonnement et difficultés respiratoires.

cc) Dans son rapport du 22 avril 2021, la psychiatre qui assure le suivi de la recourante depuis le 17 décembre 2020 pendant le congé maternité de la Dre A._____, la Dre E._____, retient comme diagnostics avec une incidence sur la capacité de travail un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, un trouble de somatisation (CIM-10 F45.0), ainsi qu'un trouble dépressif récurrent (CIM-10 F33). Sans une telle incidence, elle mentionne une hyperphagie (CIM-10 F50.4) et un status après bypass gastrique. Selon elle, la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée est de 50 %. Au titre des limitations fonctionnelles, elle indique des difficultés dans la gestion des émotions (labilité émotionnelle, difficulté à gérer les conflits), des difficultés dans les déplacements (en raison principalement des troubles digestifs parfois invalidants), des difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne (troubles du sommeil), une hypersensibilité au stress, des apparitions périodiques de phase de décompensation, ainsi que des troubles somatiques (digestifs et douloureux). En lien avec les activités qui seraient adaptées, la thérapeute mentionne que la recourante présente des difficultés sur le plan relationnel, une fatigabilité importante et une mauvaise tolérance au stress. Elle ne relève pas de limitations sur le plan cognitif.

dd) Dans son courrier du 1^{er} juillet 2021, la Dre G._____, rhumatologue traitante, indique que la recourante présente des troubles du spectre de l'hypermobilité, voire un syndrome d'Ehlers Danlos hypermobile et qu'en plus des troubles fonctionnels de l'appareil locomoteur, celle-ci présente vraisemblablement une rechute de son syndrome d'apnées du sommeil, ainsi que des troubles vésico-sphinctériens, des troubles

dysautonomiques, des blocages respiratoires et des troubles cognitifs. Elle précise que tous ces symptômes peuvent influencer sur la capacité de travail de l'assurée. Selon elle, le taux d'activité actuellement exercé ne peut être augmenté.

ee) Dans leur expertise pluridisciplinaire du 8 mars 2022, les experts du K._____ retiennent dans le volet consensuel de l'expertise, que la recourante présente dans l'activité exercée jusqu'ici une capacité de travail de 50 % dès le 1^{er} décembre 2019, de 20 % dès le 1^{er} janvier 2021 et de 30 % depuis le mois de mai 2021. Selon eux, la capacité de travail dans une activité adaptée est de 50 % depuis le 26 novembre 2020 et de 40 % depuis le 1^{er} mai 2021.

Sur le plan de la médecine interne, l'expert ne retient pas d'atteinte à la santé invalidante. Le spécialiste en gastro-entérologie retient les diagnostics d'obésité, BMI en 2021 à 36 kg/m² (CIM-10 E66.9), de bypass gastrique en juillet 2011, de dumping précoce probable sur bypass gastrique dès 2013 (CIM-10 K91.1), d'intestin irritable (CIM-10 K58.3) et de stéatose hépatique (en 2020). Il estime que la recourante dispose d'une capacité de travail de 80 % en raison du temps de repos nécessaire à la gestion des douleurs post-prandiales, des ballonnements abdominaux constants avec crises aiguës itératives nécessitant un accès aux sanitaires. L'expert psychiatre retient comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail des troubles mixtes de la personnalité (CIM-10 F61.0), des troubles de somatisation (CIM-10 F45.0) et des troubles anxieux généralisés (CIM-10 F41.1). Selon lui, la recourante présente, dans une activité adaptée, une capacité de travail de 50 % depuis le 26 novembre 2020 et de 40 % depuis le 1^{er} mai 2021, « *du fait de limitations fonctionnelles puisqu'elle a du mal à gérer ses émotions, elle est hypersensible au stress, elle peut avoir des phases de décompensation anxieuses ou dépressives, des troubles mixtes de personnalité, et des somatisations, du mal à mettre ses limites* ». Enfin, l'expert en rhumatologie mentionne comme diagnostics avec incidence sur la capacité de travail un syndrome d'Elhers Danlos (CIM-10 Q79.6) et une capacité de travail de 50 % dans son activité actuelle depuis le 28 juin 2021, qu'il considère adaptée à la situation de la recourante. Les limitations

fonctionnelles sur le plan rhumatologique sont représentées par les efforts de soulèvement, la marche prolongée ou le piétinement prolongé. Des changements de position réguliers et des périodes de repos sont nécessaires. Dans le volet consensuel de leur rapport, les experts indiquent que « *la capacité de travail globale dépend exclusivement de la capacité de travail en lien avec la pathologie psychiatrique* ». Ils relèvent que la recourante dispose d'« *une solide formation initiale, elle a pu reprendre une activité professionnelle de responsable administrative et de communication en télétravail parfaitement compatible avec son état de santé* ».

ff) Aux interrogations que le médecin du SMR formule dans son avis du 3 juin 2022, notamment quant aux dates et à la modification des capacités de travail retenues, l'expert psychiatre répond, le 20 juin 2022, que la diminution de la capacité de travail est due à une décompensation du trouble anxieux généralisé et d'évidentes somatisations et explique que la diminution de la capacité de travail de 50 % à 40 % dès le 1^{er} mai 2021 découle des « *limitations fonctionnelles psychiatriques* ». Il relève que dans l'activité habituelle, la capacité de travail est de 50 % depuis le 1^{er} décembre 2019, de 20 % depuis le 1^{er} janvier 2021 et de 30 % depuis mai 2021. L'expert en rhumatologie indique que la capacité de travail de 50 % pourrait être retenue au moment où la recourante a arrêté la danse en 2019, en indiquant que la date où le diagnostic de syndrome d'Ehlers Danlos a été posé, en juin 2021, serait préférable, bien que celui-ci existait bien avant.

gg) Le 16 août 2022, le médecin du SMR se détermine sur les compléments apportés par les experts, en retenant que, sur le plan rhumatologique, la diminution de la capacité de travail « *de 50% est justifiée par la fatigabilité dont l'expert démontre bien les répercussions au quotidien avec suppléance du mari pour toutes les tâches quotidiennes de même que la gestion minime des enfants 2 après-midi par semaine* ». Au plan psychiatrique, le médecin du SMR indique pouvoir valider une capacité de travail de 50 % dès décembre 2019, mais ne pas comprendre les baisses de capacité de travail ultérieures retenues par l'expert psychiatre, celui-ci semblant se baser uniquement sur les taux contractuels de l'assurée. Il relève à cet égard que le taux d'activité de la recourante de 30 % dès mai

2021 est complété à 20 % par le chômage. Il décide donc de s'écarter de l'expert psychiatre pour suivre celui du psychiatre traitant retenant une capacité de travail de 50 % dès décembre 2019.

hh) Le 1^{er} juin 2023, le médecin du SMR s'est déterminé sur divers rapports médicaux présentés par la recourante (rapports du 30 septembre 2022 du Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et réadaptation, du 8 décembre 2021 du Dr J._____, médecin chef auprès du service d'oto-rhino-laryngologie du Centre hospitalier universitaire vaudois [CHUV], et du 31 janvier 2023 du Dr I._____, spécialiste en urologie), sur des certificats d'incapacité de travail de 70 % rédigés par la généraliste traitante (couvrant la période du 1^{er} novembre 2022 au 30 juin 2023) et sur l'évaluation économique sur le ménage, effectuée le 31 mars 2023. Le médecin du SMR constate que ces certificats débutent déjà avant l'expertise réalisée en décembre 2021 et ne peuvent être suivis en l'absence de rapport médical joint. Selon lui, sur le plan somatique, les rapports médicaux présentés n'amènent pas d'éléments réellement nouveaux. Le médecin du SMR estime qu'il n'existe pas de péjoration de l'état de santé sur le plan psychiatrique, mais recommande un rapport de suivi au psychiatre traitant afin de confirmer ou d'infirmer son appréciation.

ii) Dans son rapport du 10 juillet 2023, la psychiatre traitante mentionne divers troubles somatiques diagnostiqués (notamment endométriose), une évolution en dents de scie, des symptômes dépressifs plus marqués pour accepter les limitations fonctionnelles, mais relève que l'évolution globale a été, sur un plan strictement psychiatrique, plutôt favorable. Elle considère que la capacité de travail de la recourante est de 30 %.

jj) Dans son avis médical du 20 juillet 2023, le médecin du SMR, se prononçant sur le rapport précité de la psychiatre traitante retient que *« l'état de santé est globalement superposable à celui décrit dans le rapport psychiatrique [du 22 avril 2021], tout comme la fréquence du suivi et la médication qui sont inchangés. Quant à la répercussion au quotidien, elle est telle que celle connue et décrite dans l'expertise avec un mari prenant*

en charge la quasi-totalité des tâches domestiques ». En fin de compte, il estime ne pas avoir de motifs de s'écarter des conclusions retenues dans l'avis du 16 août 2022.

kk) La recourante a été hospitalisée du 30 août au 18 septembre 2023. Elle a présenté des incapacités de travail attestées médicalement de 50 % dès le 23 septembre 2023, établies par sa psychiatre traitante.

ll) Dans son rapport médical du 4 mars 2024, la généraliste traitante mentionne comme diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble du spectre de l'hypermobilité antérieur à 2021 et des troubles psychiatriques (trouble de la personnalité borderline avec traits narcissiques, anxiété généralisée, trouble panique et trouble dépressif récurrent), également antérieurs à 2021. Selon elle, l'assurée présente une capacité de travail de 30 % dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée depuis environ 2020 en raison de limitations des déplacements, de rendez-vous médicaux multiples, d'une fatigabilité importante et de l'anxiété. Elle précise que l'état de santé de l'assurée s'est aggravé depuis l'été 2023.

mm) Le 4 mars 2024, la psychiatre traitante confirme que l'assurée présentait, selon elle, une capacité de travail de 30 % depuis deux ans et demi comme responsable administration et communication et que depuis juillet 2023, l'évolution psychiatrique de celle-ci avait été mauvaise (décompensation anxieuse). Elle rapporte également que depuis son dernier rapport sur le plan somatique, un trouble du spectre de l'hypermobilité a été diagnostiqué. Ce trouble explique les douleurs chroniques et fluctuantes de la recourante. Elle ajoute que celle-ci va moins bien depuis trois mois. Elle présente une dégradation de son état de santé physique dans les suites d'une infection virale, ainsi qu'une rechute dépressive. La thérapeute ajoute que les symptômes anxieux sont restés stables depuis son dernier courrier.

nn) Le 25 mars 2024, la Dre G._____ estime la capacité de travail dans une activité adaptée à 30 % depuis le début de son suivi en juin 2021.

oo) Le 27 mai 2024, le médecin du SMR se prononce sur les divers rapports médicaux produits et relève qu'il n'existe pas d'éléments nouveaux sur le plan somatique et estime que l'aggravation au plan psychique doit être précisée par la psychiatre traitante.

pp) Le 15 juillet 2024, la psychiatre traitante, répondant aux questions de l'OAI, indique que l'évolution est plutôt favorable, malgré une séparation du couple. L'assurée se montre globalement plus autonome, moins angoissée et déprimée. Elle relève que la situation reste néanmoins fragile et fluctuante. Sur le plan douloureux, la patiente est actuellement moins symptomatique. La thérapeute mentionne que depuis le 21 janvier 2024, l'assurée a pu reprendre son activité professionnelle à son taux contractuel de 30 % et qu'actuellement, en lien avec l'amélioration de l'état de santé des dernières semaines, sa capacité de travail est de 40 %.

qq) Le 23 août 2024, le médecin du SMR indique qu'« *[u]ne aggravation est rendue vraisemblable dès l'été 2023 au vu de la péjoration clinique, de l'hospitalisation en milieu psychiatrique, de l'intensification du suivi et traitement par la suite. Néanmoins celle-ci a été transitoire étant donné que l'assuré[e] a retrouvé son niveau d'activité antérieure* ». Selon lui, les conclusions de l'avis du SMR du 16 août 2022 restent valables, hormis les périodes d'incapacité de travail découlant d'une rechute anxieuse de 100 % du 17 août au 9 octobre 2023 et de 85 % du 10 octobre 2023 au 20 janvier 2024.

c/aa) En l'espèce, l'expertise pluridisciplinaire du 8 mars 2022 ne saurait se voir accorder une pleine valeur probante, celle-ci ne remplissant pas les réquisits exigibles d'une évaluation pluridisciplinaire de ce niveau.

Fait défaut un véritable consilium du cas de la recourante, dans la mesure où l'appréciation prétendument consensuelle des experts – qui tient sur moins de trois pages – consiste principalement en une reprise littérale de divers passages des rapports établis spécifiquement par chacun des spécialistes consultés. Les experts arrêtent certes une capacité de travail globale de la recourante qui a évolué dans le temps, que ce soit pour l'activité habituelle ou dans une activité adaptée. Cependant, aucune motivation n'est présentée quant à la manière dont la capacité de travail a été arrêtée. Le seul élément mentionné par les experts à cet égard est que « *la capacité de travail globale dépend exclusivement de la capacité de travail en lien avec la pathologie psychiatrique* », puis ils listent les limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique. On ne comprend cependant pas les raisons pour lesquelles les experts ne cumulent pas les incapacités de travail, alors que l'expert gastroentérologue retient une capacité de travail de 80 % avec des limitations fonctionnelles et l'expert rhumatologue une capacité de travail de 50 % avec d'autres limitations fonctionnelles, respectivement pourquoi la capacité de travail sur le plan psychiatrique l'emporte sur les autres ou les englobe, aucune explication n'étant donnée sur ce point.

bb) S'agissant plus particulièrement du volet psychiatrique, il sied de constater, à l'instar du médecin du SMR dans son avis du 3 juin 2022, que l'expertise n'est pas suffisamment motivée. Ainsi, l'expert pose les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de troubles mixtes de la personnalité (CIM-10 F61), de troubles de somatisation (CIM-10 F45) et de troubles anxieux généralisés (CIM-10 F41.1), ainsi que les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de trouble dysthymique actuel (CIM-10 F34.1), de troubles dépressifs récurrents actuellement en rémission (CIM-10 F33) et de troubles du comportement alimentaire avec hyperphagie (CIM-10 F50.4), sur la base d'une argumentation qui tient sur moins de treize lignes (cf. p. 31s. de l'expertise), étant relevé que la motivation justifiant le diagnostic de troubles mixtes de la personnalité n'est même pas une phrase. En outre, l'expert liste les diagnostics psychiatriques retenus par d'autres médecins figurant au dossier (trouble panique, traits narcissiques et anxieux, anorexie réactionnelle et dysthymie notamment),

mais n'explique pas pourquoi il les exclut. Par ailleurs, l'appréciation des capacités, des ressources et des difficultés est également très brève et n'expose pas concrètement qu'elles sont les capacités et difficultés de la recourante en lien avec les troubles reconnus. Enfin, l'expert n'explique aucunement les capacités de travail retenues et leur évolution, étant rappelé qu'il a considéré que la recourante disposait d'une capacité de travail dans son activité habituelle de 100 % du 1^{er} décembre 2016 au 20 mai 2019, puis de 0 % jusqu'au 30 novembre 2019, de 50 % depuis le 1^{er} décembre 2019, de 20 % depuis le 1^{er} janvier 2021 et de 30 % depuis mai 2021, ainsi que d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 50 % depuis le 26 novembre 2020, puis de 40 % depuis le 1^{er} mai 2021.

Dans son complément d'expertise du 20 juin 2022, le Dr N. _____ a répondu de manière tout aussi lapidaire aux questions posées le médecin du SMR. Il n'a apporté aucun élément supplémentaire qui étayerait ses conclusions. On ne saurait dès lors reconnaître une quelconque valeur probante à l'expertise psychiatrique.

Bien que l'OAI ait finalement considéré que l'expertise avait une pleine valeur probante, il s'est tout de même écarté des conclusions de l'expert psychiatre quant à la capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 1^{er} mai 2021, admettant par là son caractère non conforme aux réquisits jurisprudentiels.

cc) En ce qui concerne le volet rhumatologique, comme le relève le médecin du SMR dans son avis du 3 juin 2022, l'expert ne motive pas les raisons pour lesquelles la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée serait uniquement de 50 %. Dans son complément d'expertise du 20 juin 2022, l'expert n'apporte pas d'éléments substantiels pour étayer ses conclusions.

dd) On relèvera encore que la situation de la recourante a évolué de manière significative entre le moment où les experts ont rendu leur rapport en 2022 et la décision attaquée du 11 avril 2025. En effet, la psychiatre traitante a fait état, dans son rapport du 15 juillet 2024, de la

séparation du couple de la recourante. Or, dans l'analyse des ressources de la recourante, les experts ont clairement indiqué que l'intéressée bénéficiait d'importantes ressources extérieures apportées par l'aide quotidienne de son conjoint. Il apparaît cependant que la recourante ne peut plus compter sur cette aide, ce qui est susceptible d'impacter de manière significative sa capacité à travailler et à gérer son quotidien. Ce point n'a cependant pas été instruit par l'OAI. Dans ce même rapport, la psychiatre traitante a relevé que, sur le plan douloureux, la recourante était moins symptomatique, ce qui avait un impact positif sur sa santé psychique, et que cette amélioration de son état de santé influait positivement sa capacité de travail, reconnaissant dorénavant une capacité de travail de 40 % à la recourante, alors que celle-ci n'était estimée qu'à 30 % par le passé, en particulier au moment où les experts ont rendu leur rapport. L'OAI devait investiguer ces points avant de rendre une décision, notamment en se renseignant sur le caractère durable de l'amélioration de l'état de santé de la recourante, ce qu'il n'a pas fait.

7. a) 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).

b) En l'occurrence, il s'impose d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'intimé, afin qu'il mette en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire. En effet, il n'avait pas échappé au SMR, notamment dans son avis du 3 juin 2022, que les volets psychiatriques et rhumatologiques de l'expertise du 8 mars 2022 étaient insuffisamment motivés.

8. **a)** En définitive, le recours doit être admis, la décision entreprise annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. La cause étant jugée, la requête d'effet suspensif, respectivement de mesures provisionnelles, devient sans objet.

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). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimé.

**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 11 avril 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- III.** La requête d'effet suspensif, respectivement de mesures provisionnelles, est sans objet.

IV. 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 1'500 fr. (mille cinq cents francs), 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 :

- Procap Suisse (pour B. _____),
- 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 :