

## **COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

Arrêt du 25 août 2026

Composition : M. PIGUET, président  
Mmes Durussel, juge et Perrenoud, juge suppléante  
Greffier : M. Frattolillo

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**B.**\_\_\_\_\_, à AC\*\*\*, recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 16, 17 al. 1 et 45 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 1  
LAI ; art. 87 al. 2 et 3 RAI**

**En fait :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née \*\*\*, célibataire et sans enfant, a effectué un apprentissage de vendeuse, puis d'employée de commerce et travaillait en tant que secrétaire à BA.\_\_\_\_\_ à 100 % depuis le 20 septembre 2005.

Le 14 avril 2016, l'assurée a adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé) une première demande de prestations indiquant souffrir d'une déchirure du tendon de l'épaule gauche et d'arthrose des deux épaules. A sa demande était joint un certificat du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, attestant une incapacité de travail totale du 25 novembre 2015 au 12 mai 2016.

Dans un rapport du 18 mai 2016, le Dr F.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de « s/p [status post] Lésion partielle face interne du tendon sous-scapulaire dans son 1/3 supérieur, tendinopathie tendon susépineux, conflit externe latéral sous-acromial, arthropathie acromio-claviculaire épaule gauche », de « s/p Arthroscopie épaule G : Suture du tiers supérieur du tendon sous-scapulaire, synovectomie partielle intra-articulaire, décompression sous-acromiale latérale avec acromioplastie, résection acromio-claviculaire le 25.11.2015 » et de capsulite rétractile post-opératoire de l'épaule gauche. Comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail, il a mentionné un status post résection acromio-claviculaire de l'épaule droite le 2 octobre 2013 à ciel ouvert avec des douleurs résiduelles. Il a attesté une incapacité de travail complète du 25 novembre 2015 au 31 mai 2016, puis à 50 % dès le 1<sup>er</sup> juin 2016. Il a précisé que le manque de mobilité pouvait être compensé et que la situation encore douloureuse allait se calmer peu à peu tout en mentionnant une difficulté à se concentrer due à une fatigue générale. Il a indiqué une reprise de l'activité habituelle à 100 % dès le mois d'août 2016.

L'employeur de l'assurée a rempli un questionnaire pour employeur le 1<sup>er</sup> juillet 2016 indiquant une incapacité de travail à 50 % du

18 novembre au 24 novembre 2015, à 100 % du 25 novembre 2015 au 31 mai 2016 et à 50 % dès le 1<sup>er</sup> juin 2016.

Il ressort d'un rapport initial du 11 août 2016 rédigé par une spécialiste en réinsertion professionnelle de l'Office AI que l'assurée a été en arrêt de travail à 50 % du 18 novembre au 24 novembre 2015, à 100 % du 25 novembre 2015 au 31 mai 2016, à 50 % du 1<sup>er</sup> juin au 7 août 2016 avant de retrouver une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle dès le 8 août 2016.

Par décision du 13 mars 2017, confirmant un projet du 31 janvier 2017, l'Office AI a refusé à l'assurée des mesures professionnelles au motif qu'elle avait repris son activité habituelle à 100 % et une rente d'invalidité du moment que la durée de son incapacité de travail était inférieure à une année.

**B.**           **a)** Par courrier du 11 mars 2019, BB.\_\_\_\_\_ SA, assurance perte de gain, a transmis à l'Office AI une copie de son dossier comprenant notamment un rapport du 3 décembre 2018 du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, posant le diagnostic avec incidence sur la capacité de travail d'état dépressif et le diagnostic sans impact sur la capacité de travail de lombalgies et attestant une incapacité de travail totale depuis le 4 octobre 2018. Elle a également informé l'Office AI que l'assurée était en incapacité de travail depuis le 4 octobre 2018 et lui a transmis une demande de prestations remplie le 4 mars 2019 qui indiquait une incapacité de travail à 100 % depuis le 17 janvier 2019.

Selon un rapport du 3 mai 2019 d'une spécialiste en réinsertion professionnelle de l'Office AI, l'assurée a souffert d'une encéphalite auto-immune nécessitant trois semaines d'hospitalisation et de passer cinq semaines à BC.\_\_\_\_\_.

Il ressort d'un entretien téléphonique du 7 août 2019 avec une collaboratrice de l'Office AI que l'assurée a été licenciée le 31 juillet 2019 avec un préavis de trois mois pour fin octobre 2019.

Par communication du 18 novembre 2019, l'Office AI a informé l'assurée qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place des mesures d'intervention précoce, ni des mesures de réadaptation d'ordre professionnel du moment qu'il devait encore récolter différentes informations et poursuivre l'instruction.

Le 1<sup>er</sup> avril 2020, l'Office AI s'est vu remettre une copie du dossier d'BB.\_\_\_\_\_ SA comprenant notamment deux rapports du Dr G.\_\_\_\_\_ des 30 septembre et 11 décembre 2019 posant le diagnostic d'encéphalite auto-immune avec trouble langagier cognitif et de l'équilibre, indiquant une incapacité de travail totale depuis le 16 janvier 2019 et faisant état de fatigabilité, de difficultés de planification et de troubles de la concentration. Dans son rapport du 11 décembre 2019, le Dr G.\_\_\_\_\_ a précisé que l'évolution était lentement favorable sous traitement de CellCept.

Dans un rapport du 9 avril 2020 adressé à l'Office AI, le Dr G.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de syndrome de Churg-Strauss depuis janvier 2019, a attesté une totale incapacité de travail dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019 et a indiqué comme limitations fonctionnelles des troubles de la concentration et de la fatigabilité. A ce rapport était annexé un rapport de janvier 2020 du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, pneumologie, allergologie et immunologie clinique, posant notamment les diagnostics de probable syndrome de Churg-Strauss (granulomatose éosinophilique avec polyangéite) et d'état dépressif et indiquant une évolution clinique favorable avec correction de la plupart des signes et symptômes. Il a en outre précisé que le seul diagnostic qui permettait de réunir toutes les atteintes comme des manifestations d'une même entité nosologique était le syndrome de Churg-Strauss sans que tous les critères ne soient cependant remplis.

Dans un rapport du 22 juillet 2020 adressé à l'Office AI, le Dr G.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'y avait pas d'évolution notable dans l'état de santé de l'assurée avec la persistance d'une fatigue importante et de

trouble de la concentration et que le pronostic était incertain dès lors qu'on notait une aggravation de l'état général depuis le printemps 2020. Il a attesté une capacité de travail nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée et a mentionné des troubles de la concentration, une fatigabilité importante et des troubles de la mémoire. Était joint un certificat du même jour du Dr G. \_\_\_\_\_ attestant une totale incapacité de travail du 4 octobre 2018 au 31 juillet 2020.

Dans un rapport du 20 août 2020, le Dr L. \_\_\_\_\_, médecin hospitalier auprès de l'BD. \_\_\_\_\_ et spécialiste en neurologie, a posé le diagnostic d'encéphalite auto-immune depuis janvier 2019 et a indiqué un pronostic favorable sur la capacité de travail de l'assurée sans attester d'incapacité de travail, ni se prononcer sur l'évolution de cette capacité de travail ou les limitations fonctionnelles. A ce rapport étaient notamment joints les documents suivants :

- des rapports des 21 janvier et 30 avril 2019 du Dr L. \_\_\_\_\_ posant le diagnostic d'encéphalite auto-immune et indiquant comme comorbidité active un état dépressif majeur traité ;
- un rapport de consultation du 15 janvier 2020 du Dr L. \_\_\_\_\_ mentionnant que l'évolution était plutôt favorable avec une notable amélioration clinique même si l'assurée se plaignait encore d'une fatigabilité importante et précisant que les difficultés de concentration et d'attention évoquées précédemment avaient disparu.

Dans un rapport du 28 août 2020 adressé à l'Office AI, le Dr M. \_\_\_\_\_, médecin praticien, a posé le diagnostic de séquelles d'encéphalite auto-immune et les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de maladie de Churg-Strauss et d'asthme depuis 2006. Il a indiqué que le pronostic sur la capacité de travail était mauvais et qu'il fallait un travail adapté en raison des troubles de mémoire tout en limitant l'activité physique. Pour lui, une capacité de travail de 25 % pouvait être retenue en raison de la fatigue et des troubles cognitifs tout en précisant ne pas s'occuper des certificats d'arrêt de travail.

Le 24 septembre 2020, le Dr K.\_\_\_\_\_ a adressé un rapport à l'Office AI dans lequel il a posé les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de maladie auto-immune, d'asthme bronchique, d'hyperéosinophilie & hyper IgE et de méningoencéphalite auto-immune. Il a attesté une totale incapacité de travail du 17 au 27 janvier 2019. Il a indiqué que la capacité de travail était fortement dépendante des séquelles neurologiques et qu'il fallait attendre de voir l'évolution clinique après sevrage du CellCept en 2021 mais qu'une récupération à 100 % paraissait difficile à envisager, une capacité à 40-60 % étant plus probable.

Pour faire suite à un avis du 11 novembre 2020 du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), BC.\_\_\_\_\_ et la BE.\_\_\_\_\_ ont transmis, les 18 et 19 novembre 2020, les rapports suivants :

- un rapport du 19 mars 2019 de la psychologue spécialisée en neuropsychologie D.\_\_\_\_\_ et de la logopédiste ARLD (Association romande des logopédistes diplômés) E.\_\_\_\_\_ mentionnant une évolution favorable du tableau cognitif avec un amendement des difficultés de compréhension orale fine, en calcul écrit, de mémoire de travail verbale (au niveau de l'empan inversé) ainsi que d'attention divisée et la persistance d'une fatigue et fatigabilité intellectuelle importantes, d'une faible endurance et de fluctuations attentionnelles pouvant limiter les performances au sein de tâches complexes ;
- un rapport du 4 juillet 2019 de la psychologue A.\_\_\_\_\_ de la BE.\_\_\_\_\_ concluant à la persistance d'une fatigue/fatigabilité importante plus marquée sur le plan intellectuel que physique, de difficultés de planification dans une épreuve complexe de type « multitâches » et de temps de réaction simples limites ;
- un rapport du 23 septembre 2019 de la psychologue A.\_\_\_\_\_ mettant en évidence une régression de la fatigue/fatigabilité mais la persistance de difficultés de planification et de temps de réaction simples limites tout en relevant la persistance d'importantes répercussions fonctionnelles dans le quotidien et en précisant que la recherche d'une nouvelle activité professionnelle devrait se faire pour un poste à temps partiel dans un environnement de travail calme.

Par avis du 14 janvier 2021, le SMR a considéré que les évaluations neuropsychologiques des 19 mars, 4 juillet et 23 septembre 2019 montraient une évolution favorable avec une symptomatologie cognitive au final discrète ne nécessitant plus de prise en charge. La recherche d'une activité professionnelle devait se faire dans un poste à temps partiel dans un environnement de travail calme. Enfin, depuis septembre 2019, voire juillet 2019, les limitations fonctionnelles neuropsychologiques étaient légères, les rapports à disposition ne permettant toutefois pas d'en déduire une capacité de travail.

Faisant suite à un questionnaire du 7 janvier 2021 de l'Office AI, le Dr G.\_\_\_\_\_ a posé, dans un rapport du 19 janvier 2021, le diagnostic de syndrome de Churg-Strauss et a indiqué que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas amélioré, qu'elle était toujours sous CellCept avec persistance d'une grande fatigabilité et de troubles de la concentration. Il a précisé que l'assurée était toujours en totale incapacité de travail depuis le 4 octobre 2018 tout en produisant un certificat d'arrêts de travail du 18 janvier 2021 reprenant les mêmes arrêts de travail que le certificat du 22 juillet 2020, à savoir une incapacité de travail totale du 4 octobre 2018 au 31 juillet 2020.

Selon un retour de courrier reçu le 27 janvier 2021, la psychologue A.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'en septembre 2019, le trouble neuropsychologique était léger selon l'ASNP (Association Suisse des Neuropsychologues).

Dans avis du 3 février 2021, le SMR a mentionné que les spécialistes avaient évoqué une évolution favorable dès juin 2019 au moins et que la poursuite de l'incapacité de travail annoncée par le médecin traitant reposait manifestement sur une appréciation subjective des performances psychiques, notamment fatigabilité et concentration. L'appréciation objective et spécialisée de ces mêmes éléments concluait, au moins dès septembre 2019, à une diminution moyenne de la capacité de travail de 20 %. Les spécialistes n'avaient pas relevé de signes dépressifs

évidents et le traitement antidépresseur était minime, sans prise en charge spécialisée. Le SMR a retenu une capacité de travail nulle du 19 janvier au 23 septembre 2019, puis de 80 % dans toutes activités sans surcharge excessive sur le plan neurocognitif avec une activité habituelle qui semblait adaptée.

Le 16 mars 2021, l'Office AI a adressé un projet de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité à l'assurée au motif qu'elle présentait, à la fin du délai d'attente d'une année au 3 octobre 2019, une capacité de travail de 80 % depuis le 24 septembre 2019 sur un taux de 100 % dans l'activité habituelle et dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles (fatigabilité et diminution de la concentration), soit un degré d'invalidité inférieur aux 40 % donnant droit à une rente et aux 20 % s'agissant du droit aux mesures professionnelles.

L'assurée a fait part de ses objections le 1<sup>er</sup> avril 2021 sur le projet de décision précité en rappelant qu'elle était toujours en incapacité de travail totale depuis le 4 octobre 2018 selon les certificats délivrés par le Dr G.\_\_\_\_\_ et en indiquant ne pas pouvoir travailler en raison d'un syndrome de Churg-Strauss et d'asthme qui génèrent une grande fatigue avec un besoin de sommeil de plus de dix heures ainsi que des siestes régulières. Elle a précisé que si ces éléments n'étaient pas nouveaux, ils n'avaient pas été mentionnés dans le projet de décision.

Le 4 mai 2021, le Dr G.\_\_\_\_\_ a adressé un rapport à l'Office AI dans lequel il a indiqué qu'une grande fatigabilité ainsi que des troubles de concentration importants ne permettaient pas d'envisager une reprise du travail, même à temps partiel, et que cette situation se prolongeait encore. Il a rappelé que l'assurée était toujours en incapacité de travail totale.

Par courrier du 26 mai 2021, l'Office AI a interpellé le Dr G.\_\_\_\_\_ sur le fait qu'aucun des spécialistes interrogés, à savoir les Drs M.\_\_\_\_\_, L.\_\_\_\_\_ et les services de neuropsychologie de BC.\_\_\_\_\_ et de la BE.\_\_\_\_\_, n'avaient considéré l'assurée comme étant

en incapacité totale de travail dans toute activité adaptée de l'économie et ce depuis septembre 2019.

Le Dr G.\_\_\_\_\_ s'est déterminé le 10 juin 2021 en résumant les avis des différents médecins traitants et en exposant que, de l'avis général, il persistait des signes d'une grande fatigabilité et des troubles de la concentration.

Dans un rapport du 16 juillet 2021, la psychologue A.\_\_\_\_\_ a notamment indiqué ce qui suit :

(...) En regard du dernier bilan (effectué il y a 2 ans), on relève une fatigabilité plus marquée au cours de l'examen et des difficultés cognitives accrues dans ce contexte.

Au vu de ce tableau dominé par une fatigabilité sévère se répercutant sur le plan attentionnel, avec une baisse progressive des performances au fil des tâches et des difficultés de concentration de plus en plus marquées au fur et à mesure de l'examen, la reprise d'une activité professionnelle ne me semble clairement pas envisageable actuellement.

D'un point de vue strictement cognitif, selon la table de sévérité de l'atteinte cognitive ASNP-2015, il s'agit d'un trouble neuropsychologique de degré léger, ce qui correspond à une capacité fonctionnelle limitée lors de tâches et activités requérant un niveau d'exigences élevé. L'importante fatigabilité (consécutive à l'encéphalite auto-immune survenue en 2019 et probablement majorée par le syndrome de Churg-Strauss récemment diagnostiqué) impacte néanmoins significativement le quotidien et est de nature à accentuer encore les difficultés attentionnelles au bout de quelques heures.

Par avis du 10 août 2021, le SMR a indiqué que l'évaluation objective de la répercussion des limitations fonctionnelles annoncées correspondait à une capacité de travail moyenne de 80 % selon les critères de l'ASNP et que les précédentes conclusions restaient valables.

Par décision du 11 août 2021 confirmant son projet du 16 mars 2021, l'Office AI a refusé à l'assurée l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité. Dans un courrier séparé du même jour, il a pris position sur les objections de l'assurée.

**b)** Par acte du 9 septembre 2021, complété le 31 mai 2022, la recourante, désormais représentée par Me Duc, a recouru contre cette

décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a conclu, principalement, à sa réforme en ce sens que l'intimé est condamné à lui verser une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2019 et, à titre subsidiaire, à son annulation et au renvoi de la cause à l'Office AI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle a en substance fait valoir que l'Office AI n'avait pas pris en compte la dégradation de son état de santé, notamment le syndrome de Churg-Strauss établi par les médecins, et qu'il ne s'était basé que sur les premiers rapports établis par une neuropsychologue. Par ailleurs, l'intimé aurait dû mettre en œuvre des mesures de réadaptation avant de retenir une capacité de travail médico-théorique, ce d'autant plus qu'elle souffrait d'un trouble dépressif la rendant incapable d'exploiter seule une éventuelle capacité de travail.

Dans le cadre de la procédure de recours, les parties ont produit différents rapports. S'agissant de la recourante, elle a transmis à la Cour de céans :

- un bilan du 6 octobre 2021 effectué par le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, la neuropsychologue J.\_\_\_\_\_ et la psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP N.\_\_\_\_\_ qui sont arrivés à la conclusion suivante :

L'examen neuropsychologique effectué chez une patiente collaborante et adéquate de 56 ans, met en évidence :

Une fatigue et une fatigabilité rapportée anamnestiquement et à un auto-questionnaire, cette dernière étant également observée cliniquement durant l'examen ;

De légères difficultés attentionnelles (léger ralentissement de la vitesse de traitement, performances limites en attention divisée, difficultés d'attention soutenue, difficultés à maintenir un niveau d'attention stable et efficace dans la durée).

Par ailleurs, les capacités langagières, le traitement des nombres, la mémoire à court terme et de travail verbale, la mémoire épisodique antérograde verbale et visuelle et le fonctionnement exécutif sont préservés dans le cadre de cet examen.

En comparaison au dernier bilan, effectué en juillet 2021, on relève une globale stabilité du tableau.

L'ensemble de ces résultats suggère un trouble neuropsychologique léger (ASNP 2015), c'est-à-dire que la capacité fonctionnelle pourrait s'avérer limitée lors de tâches requérant un niveau d'exigence élevée.

L'importante fatigabilité relevée lors de l'examen, à mettre en lien avec le syndrome de Churg-Strauss et peut-être avec les séquelles de l'encéphalite ainsi qu'avec les répercussions psychologiques et en

particulier anxieuse, impacte néanmoins significativement les capacités attentionnelles de la patiente, et ce même dans des tâches ne durant que quelques minutes. Cette altération est de nature à compromettre la qualité des tâches effectuées par Madame B. \_\_\_\_\_ et à fortement limiter son endurance. (...) ;

- un rapport du 6 octobre 2021 du Dr H. \_\_\_\_\_ indiquant que l'examen neurologique était parfaitement normal sur le plan sensitivomoteur et réflexes tant aux paires crâniennes que sur les voies longues et qu'il ne retrouvait qu'une très discrète instabilité statique à l'examen du funambule sans autre anomalie alors que le suivi tensionnel et cognitif durant la conversation restait normal ;
- un rapport du 16 mai 2022 du Dr K. \_\_\_\_\_ indiquant que l'assurée souffrait d'une maladie inflammatoire systémique, compatible avec un syndrome de Churg-Strauss, qui attaquait différents organes et qu'elle présentait des séquelles neuropsychologiques, une fatigue chronique importante, une fatigabilité tant physique qu'intellectuelle à l'effort soutenu et un essoufflement variable. Ce médecin avait précisé que les faibles réserves physiques et mentales de la recourante, variant selon la stabilité de la maladie, étaient rapidement épuisées par un effort physique et/ou intellectuel soutenu et que ces limitations rendaient un travail en milieu professionnel difficile, l'environnement socioprofessionnel ne pouvant s'adapter au rythme de la recourante ;
- un rapport du 23 septembre 2022 du Dr O. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de la recourante depuis le 18 août 2022, posant le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) qui semblait évoluer depuis plusieurs mois. Il a mentionné comme limitations fonctionnelles une baisse significativement prononcée de la capacité de planification et structuration des tâches, de la flexibilité et la capacité d'adaptation, de la mise en pratique des compétences et des connaissances professionnelles, de la capacité d'endurance et de résistance, de la capacité de contact et de conversation avec des

tiers ainsi que des activités spontanées et proactivité. D'un point de vue psychiatrique, la recourante était en incapacité de travail à 100 % au moins depuis le 18 août 2022 dans toute activité.

- un rapport du 5 janvier 2023 du Prof. X.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, et du Dr P.\_\_\_\_\_, respectivement médecin-chef et chef de clinique adjoint de la clinique de rhumatologie de BF.\_\_\_\_\_, posant les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de granulomatose éosinophilique avec polyangéite (EGPA, anciennement syndrome de Churg-Strauss), de syndrome douloureux chronique cervical d'origine très probablement mécanique, dégénérative et musculaire et de syndrome des apnées et hypopnées obstructives positionnelles du sommeil de degré léger et de trouble dépressif. Ils ont attesté une incapacité totale dans l'activité habituelle et ont estimé que l'incapacité de travail dans une activité adaptée était entre 40 et 50 % avec une baisse de rendement de 25 à 50 %. Ils ont indiqué que la recourante souffrait d'une maladie chronique inflammatoire incurable à haut risque de récurrences périodiques de nature à causer des symptômes et des atteintes diverses, certains pouvant même être vitaux, susceptibles d'aggraver les symptômes existants et ainsi d'aggraver l'état de santé. Ils ont également mentionné l'existence d'un trouble neuropsychologique persistant associant fatigue/fatigabilité ainsi que des troubles attentionnels et exécutifs, trouble confirmé selon de nombreux avis neuropsychologiques différents. Selon eux, les comorbidités séquellaires, soit la fatigue et la fibromyalgie ainsi que les séquelles d'ordre neuropsychologique apparaissaient clairement comme les éléments majeurs à l'origine d'un handicap irréversible ainsi que des limitations fonctionnelles marquées dans la vie quotidienne et professionnelle.
- un rapport du 12 avril 2023, dans lequel le Prof. X.\_\_\_\_\_ et le Dr P.\_\_\_\_\_ ont notamment confirmé le taux d'incapacité de la recourante mentionné dans le rapport précédent (entre 40 et 50 % avec une baisse de rendement de 25 à 50 %) et relevé qu'il avait été clairement mentionné dans plusieurs évaluations

neuropsychologiques objectives qu'une importante fatigabilité était susceptible d'impacter fortement ce tableau neuropsychologique.

Pour sa part, l'intimé, qui considérait que l'état de santé de la recourante ne s'était pas aggravé entre la décision du 13 mars 2017 et celle du 11 août 2021 de manière à influencer sur son aptitude au travail ou sur son droit aux prestations et que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 80 % dès le 24 septembre 2019 (réponse du 20 octobre 2021 et écritures des 10 janvier et 20 octobre 2022, ainsi que des 31 janvier et 11 mai 2023), a produit trois avis SMR du 5 janvier 2022, ainsi que des 26 janvier et 11 mai 2023.

A la demande de la recourante, une audience publique s'est déroulée le 29 avril 2024.

Par arrêt du 29 avril 2024 (cause AI 313/21 – 145/2024), la Cour de céans a admis le recours de l'assurée, annulé la décision du 11 août 2021 et renvoyé la cause à l'Office AI pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision. Elle a considéré qu'en l'absence d'une appréciation médicale exhaustive sur l'impact de la fatigabilité et des troubles de la concentration présentés par la recourante sur la capacité de travail, il incombait à l'office intimé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire conformément aux exigences découlant de l'art. 44 LPGA, expertise devant notamment comprendre des volets neuropsychologique, psychiatrique et neurologique, ainsi qu'une analyse objective du phénomène de fatigue et de troubles de la concentration et de leur impact sur la capacité de travail, étant expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune. Si d'un point de vue rhumatologique et pneumologique la situation était claire, tel n'était pas le cas du point de vue neuropsychologique. Les divers médecins de la recourante avaient tous rapporté une importante fatigabilité et des troubles de la concentration qui n'avaient cependant pas fait l'objet d'un examen consciencieux de la part du SMR. En effet, il s'était contenté, dans son avis du 3 février 2021, de

mentionner que la poursuite de l'incapacité de travail annoncée par le médecin traitant reposait manifestement sur une appréciation subjective des performances psychiques, notamment fatigabilité et concentration, dont l'appréciation objective et spécialisée concluait, au moins dès septembre 2019, à une diminution moyenne de la capacité de travail de 20 %. Or le Dr G.\_\_\_\_\_ n'était, d'une part, pas le seul médecin à avoir relevé une importante fatigabilité ayant une incidence sur la capacité de travail de la recourante et, d'autre part, le taux retenu de 20 % n'était absolument pas justifié, ni motivé. A cet égard, si le SMR avait, dans son avis du 14 janvier 2021, constaté que les rapports à disposition ne permettaient pas de déduire une quelconque capacité de travail, il avait ensuite retenu une diminution de la capacité de travail de 20 % en se basant uniquement sur un rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 19 janvier 2021 attestant pourtant une totale incapacité de travail et sur un simple retour de courrier de la psychologue A.\_\_\_\_\_ se contentant d'indiquer que le trouble neuropsychologique était léger sans se prononcer sur la capacité de travail de la recourante. Faute d'explications données par le SMR sur les raisons qui le conduisent à retenir une capacité de travail de 80 % contrairement à l'ensemble des médecins traitants, son point de vue ne pouvait être suivi. En outre, il s'était contenté, dans son avis du 10 août 2021, de retenir que l'évaluation objective de la répercussion des limitations fonctionnelles annoncées correspondait à une capacité de travail moyenne de 80 % alors même qu'il relevait que les rapports du Dr G.\_\_\_\_\_ des 4 mai et 10 juin 2021 confirmaient que l'incapacité de travail reposait sur une fatigabilité et des troubles de la concentration. De plus, la psychologue A.\_\_\_\_\_ avait, dans son rapport du 16 juillet 2021, indiqué que l'importante fatigabilité impactait significativement le quotidien de la recourante et était de nature à accentuer encore les difficultés attentionnelles au bout de quelques heures. A cela s'ajoutait que l'état de santé psychique de la recourante semblait avoir connu une nette aggravation depuis août 2022 (cf. rapport du Dr O.\_\_\_\_\_ du 23 septembre 2022), si bien qu'il n'était pas non plus possible de se prononcer sur l'état de santé psychique de l'assurée et sur son évolution.

**c)** Reprenant l’instruction de la cause, l’Office AI a sollicité l’avis du SMR, qui a recommandé la mise en œuvre d’une expertise pluridisciplinaire (neurologique, psychiatrique, rhumatologique/MPR et médecine interne, neuropsychologique). Dans son avis établi le 12 juin 2024, il a précisé qu’une option pouvait être d’effectuer une nouvelle évaluation neuropsychologique à la BE. \_\_\_\_\_ où l’assurée avait déjà bénéficié d’examens en 2019 et 2021 et de transmettre ensuite les résultats de cette évaluation (ainsi que les évaluations antérieures) aux experts neurologue, psychiatre, rhumatologue et en médecine interne pour les intégrer dans leurs discussions et la discussion commune.

Le 6 septembre 2024, la recourante a sollicité de l’Office AI qu’il prenne en charge les frais de l’expertise (d’un montant de 2'009 fr. 35) que son mandataire avait fait réaliser auprès du Prof. X. \_\_\_\_\_ et du Dr P. \_\_\_\_\_ (rapport du 5 janvier 2023), afin de contester la décision du 11 août 2021. Elle indiquait que cette expertise lui avait permis d’obtenir gain de cause dans le cadre du recours qu’elle avait interjeté auprès de la Cour de céans.

Par décision incidente du 22 octobre 2024, l’Office AI a refusé de prendre en charge les frais du rapport d’expertise du 5 janvier 2023 du Prof. X. \_\_\_\_\_ et du Dr P. \_\_\_\_\_. En se référant aux consid. 6b.bb et 6c de l’arrêt de renvoi du 29 avril 2024, il a indiqué que la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal avait considéré que la situation était claire du point de vue rhumatologique, notant l’absence de limitations fonctionnelles dans cette sphère. Ainsi, c’était en raison de l’absence d’une appréciation médicale exhaustive sur l’impact de la fatigabilité et des troubles de la concentration présentés par l’assurée sur sa capacité de travail que la cause lui avait été renvoyée pour complément d’instruction, soit des éléments ne relevant manifestement pas de la spécialité du Prof. X. \_\_\_\_\_.

Statuant le 26 novembre 2024 sur le recours formé par l’assurée contre cette décision le 5 novembre 2024 (cause AI 334/24 – 377/2024), la Cour de céans l’a déclaré irrecevable. En bref, elle a considéré que la recourante n’avait pas démontré disposer d’un intérêt digne de

protection à ce que la décision incidente soit immédiatement annulée ou modifiée, attendu qu'elle sera en mesure d'attaquer ledit prononcé une fois que la décision finale à intervenir aura été rendue ou, si cette dernière ne devait pas être remise en cause, dès le moment où elle aura été prononcée.

Par arrêt 9C\_718/2024 du 27 janvier 2025, la III<sup>e</sup> Cour de droit public du Tribunal fédéral a ensuite déclaré irrecevable le recours interjeté le 19 décembre 2024 par l'assurée contre cet arrêt, faute de préjudice irréparable causé par l'arrêt incident attaqué.

Entre-temps, le 22 janvier 2025, l'Office AI a mandaté le Bureau d'Expertises Médicales BG.\_\_\_\_\_ Sàrl, à AD\*\*\* (ci-après : BG.\_\_\_\_\_) pour réaliser une expertise pluridisciplinaire. Les 19 février, 11 et 19 mars, ainsi que 2 avril 2025, l'assurée a été examinée par les Drs Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, C.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et par la Dre S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en pharmacologie et toxicologie cliniques. Dans leur rapport du 14 mai 2025, les experts du BG.\_\_\_\_\_ ont retenu les diagnostics suivants :

- au plan de la médecine interne : diagnostics incapacitants d'asthénie quotidienne (CIM-10 R53), de granulomatose éosinophilique avec polyangéite (EGPA ; CIM-10 M30.1 ; anciennement syndrome de Churg-Strauss), d'asthme bronchique (CIM-10 J45), de rhinosinusite chronique (CIM-10 J30.1) et de syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) de degré léger en janvier 2020 (CIM-10 G47.31) ; diagnostics non incapacitants d'obésité de grade 1 (IMC 31,4 kg/m<sup>2</sup>), de maladie rénale chronique de stade G2 (fonction normale-basse), d'utilisation d'alcool nocive pour la santé (CIM-10 T51.0), de diverticulose colique, de status après diverticulite sigmoïdienne aiguë le 21 février 2023 traitée conservativement (CIM-10 K57) et de status après réaction (œdème ?) de la lèvre supérieure après administration d'enoxaparine le 23 septembre 2020 (CIM-10 T78.4) ;

- au plan neurologique : diagnostic incapacitant de trouble neuropsychologique léger suite à une encéphalite en janvier 2019 ;
- au plan rhumatologique : diagnostics de cervicalgie, sans irradiation dans les membres supérieurs, secondaire à des discopathies (CIM-10 M54.2 et M51.3) et de douleur de l'épaule droite, après arthroscopie, en octobre 2013, puis le 25 novembre 2015 (CIM-10 M75.1) ;
- au plan psychique : diagnostics non incapacitants de trouble de l'adaptation possible (CIM-10 F43.2), en rémission depuis de nombreuses années et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (CIM-10 F10.1).

D'après les experts, dans l'activité habituelle, qui est une activité adaptée, la capacité de travail était nulle du 25 novembre 2015 au 31 mai 2016, de 50 % du 1<sup>er</sup> juin au 7 août 2016, de 100 % du 8 août 2016 au 5 novembre 2018, de 50 % du 6 novembre 2018 au 18 janvier 2019, nulle du 19 janvier au 23 septembre 2019, de 50 % du 24 septembre au 31 décembre 2019, puis de 75 % depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020. Les limitations fonctionnelles présentées par l'assuré étaient les suivantes :

- sur le plan de la médecine interne : par rapport à la somnolence diurne : pas de conduite de véhicule ou d'utilisation de machines ou engins dangereux en cas de baisse de vigilance ; par rapport à l'asthme : favoriser un travail à l'intérieur, en position assise, travail diurne exclusivement, pas de port de charges supérieures à 3 kg de manière itérative, pas d'effort de montées d'escaliers, d'échelles, de plans inclinés, éviter l'exposition à la chaleur et au froid, au bruit, à la fumée ou à d'autres substances irritantes ; par rapport au traitement immunosuppresseur : pas de lieu de travail à risque de contagie infectieux, par exemple auprès d'enfants en bas âge, d'autres personnes immunosupprimées, etc. ;
- sur le plan rhumatologique : pas d'efforts du membre supérieur gauche en adduction, et en antépulsion, au-delà de la ligne des épaules ; pas d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg, port de charge, proche du corps, limité à 10 kg ;

- sur le plan neurologique : limitations liées à l'atteinte neuropsychologique. A cet égard, était annexé au rapport d'expertise du 14 mai 2025, notamment, un rapport d'examen neuropsychologique du 30 avril 2025, dans lequel T.\_\_\_\_\_, psychologue FSP et neuropsychologue spécialiste ASNP, mettait en évidence un trouble neuropsychologique léger avec atteinte de la sphère attentionnelle. Elle y indiquait que la capacité fonctionnelle n'était pas limitée au quotidien ni dans la plupart des sollicitations professionnelles, la personne se faisant à peine remarquer dans son environnement social. La capacité fonctionnelle était toutefois limitée lors des tâches et activités requérant un niveau d'exigence élevée.

Dans un avis médical établi le 27 mai 2025, le SMR a fait siennes les conclusions de l'expertise.

Par projet de décision du 25 juin 2025, l'Office AI a indiqué à l'assurée qu'il entendait lui reconnaître le droit à une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2019 au 31 mars 2020. En bref, il a considéré qu'à la fin du délai d'attente d'une année (soit, le 4 octobre 2019), la recourante présentait un taux d'invalidité de 50 % ouvrant le droit à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> octobre 2019. Compte tenu du recouvrement d'une capacité de travail et de gain de 75 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2020, le droit à la demi-rente d'invalidité prenait fin au 31 mars 2020, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de travail conformément à l'art. 88a al. 1 RAI. Dans la mesure où l'assurée pouvait mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle dans sa profession, des mesures de réadaptation n'étaient pas justifiées.

Par courrier du 31 juillet 2025 de son mandataire, l'assurée a contesté le projet de décision précité. Elle a en substance fait valoir que sa capacité de travail était nulle dans toute activité, si bien qu'une rente entière d'invalidité devait lui être allouée de manière illimitée. Par ailleurs, quand bien même une capacité de travail dût être retenue, la recourante considérait que l'Office AI aurait dû lui octroyer des mesures professionnelles avant de statuer sur son droit à une rente.

Le 5 août 2025, l'Office AI a indiqué à l'assurée que dans la procédure de contestation, il lui appartenait de lui fournir tous les éléments, en particulier des rapports médicaux détaillés, susceptibles de lui permettre de revoir sa position. Pour ce faire, il lui a accordé un délai supplémentaire au 8 septembre 2025.

Le 7 août 2025, l'assurée a indiqué à l'Office AI que la maxime d'instruction s'appliquait également dans le cadre de la procédure de contestation et lui a signifié que ses objections portaient sur une argumentation juridique. Elle n'avait ainsi pas demandé de délai supplémentaire pour produire des rapports médicaux, lesquels étaient du reste coûteux pour l'assurée, qui se trouvait dans une situation financière difficile en raison des carences de l'Office AI. La recourante a également indiqué que les éléments évoqués aux termes de ses objections paraissaient suffire à démontrer le caractère erroné du projet de décision, notamment s'agissant de l'absence de prise en compte de la jurisprudence applicable aux assurés de plus de 55 ans. Elle a maintenu ses conclusions, à savoir l'octroi d'une rente entière d'invalidité illimitée dans le temps, subsidiairement, l'octroi de mesures professionnelles.

Par courrier du 8 septembre 2025, l'Office AI a informé l'assurée qu'il ne reviendrait pas sur ses conclusions médicales et la capacité de travail de 75 % retenue dans l'activité habituelle d'employée de commerce, étant donné qu'aucune nouvelle pièce médicale ne lui avait été transmise. En ce qui concernait le droit à des mesures professionnelles, l'Office AI a exposé que la jurisprudence à laquelle la recourante s'était référée (ATF 148 V 321 ; 145 V 209) ne s'appliquait pas lorsque la capacité de travail résiduelle se trouvait dans l'activité habituelle de la personne assurée, étant donné qu'aucun changement d'activité n'était nécessaire. L'activité habituelle étant définie, il n'y avait donc pas besoin d'autres mesures et il était désormais de la compétence de l'assurance-chômage de la soutenir dans la recherche d'un nouvel emploi dans son domaine de compétences.

Par décision du 27 octobre 2025, l'Office AI a confirmé son projet de décision du 25 juin 2025.

Le 27 novembre 2025, l'assurée a demandé à l'Office AI de lui transmettre les enregistrements sonores de l'expertise réalisée par le BG.\_\_\_\_\_. Elle a ensuite rempli le formulaire de transmission desdits enregistrements le 10 décembre 2025 et reçu l'accès à ceux-ci le 15 décembre 2025.

**C.** Par acte du 27 novembre 2025, B.\_\_\_\_\_, sous la plume de son mandataire, Me Duc, a déféré la décision incidente du 22 octobre 2024 et la décision du 27 octobre 2025 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant, principalement, à leur réforme, en ce sens, s'agissant de la première décision, que l'Office AI est condamné à lui verser le montant de CHF 2'009 fr. 35 pour les frais relatifs à l'établissement des rapports médicaux des 5 janvier et 19 avril 2023 du Prof. X.\_\_\_\_\_ et du Dr P.\_\_\_\_\_ et, concernant la seconde décision, qu'elle est mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité illimitée dans le temps. Subsidiairement, l'assurée a conclu à l'annulation des décisions des 22 octobre 2024 et 27 octobre 2025 (et au renvoi de la cause à l'Office AI) pour complément d'instruction et nouvelle décision. La recourante a également demandé l'octroi de l'assistance judiciaire, ainsi que d'un délai pour produire le formulaire de demande d'assistance judiciaire et les pièces requises. Elle a aussi sollicité un délai pour compléter son recours, en indiquant qu'elle avait requis la transmission des enregistrements sonores de l'expertise du BG.\_\_\_\_\_ auprès de l'Office AI.

Par décision du 28 novembre 2025, le juge instructeur a rejeté la requête d'assistance judiciaire, au motif que l'assurée n'avait ni motivé celle-ci ni fourni de pièces justificatives à son appui, alors même qu'elle était représentée par un mandataire professionnel qui l'assistait de manière active et continue depuis plusieurs années. Par décision du 17 décembre 2025, le juge instructeur a annulé la décision du 28 novembre 2025. Il a rejeté la requête tendant à l'octroi d'un délai pour fournir le formulaire d'assistance judiciaire et les pièces justificatives

idoines et a imparti à la recourante un délai de grâce de 3 jours, dès communication de la décision du 17 décembre 2025, pour fournir le formulaire d'assistance judiciaire et les pièces justificatives idoines. Par décision du 5 janvier 2026, le juge instructeur a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire à la recourante avec effet au 27 novembre 2025, en ce sens qu'elle est exonérée d'avances et de frais judiciaires et qu'elle bénéficie d'un avocat d'office en la personne de Me Jean-Michel Duc.

Dans sa réponse du 3 février 2026, l'Office AI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Le 1<sup>er</sup> mai 2026, le juge instructeur a imparti à la recourante un délai au 29 mai 2026 pour fournir ses explications complémentaires, produire toutes pièces éventuelles et présenter ses réquisitions.

L'assurée a présenté des observations le 19 mai 2026. Elle a indiqué que le BG.\_\_\_\_\_ avait largement sous-estimé sa situation, en se référant à des statistiques publiées par l'Office AI, qui démontraient, selon elle, la sévérité marquée des conclusions rendues par ce centre d'expertises et sa grande réticence à reconnaître l'impossibilité totale de travailler dans un emploi adapté, même dans des situations où les atteintes médicales nécessitant une expertise bi-disciplinaire pouvaient raisonnablement laisser supposer des limitations significatives. La recourante expliquait que près de 80 % des expertises bi-disciplinaires du BG.\_\_\_\_\_ concluaient à une capacité de travail adaptée suffisante pour exclure quasi automatiquement l'accès à une rente et que cette situation avait conduit son mandataire à adresser à l'Office fédéral des assurances sociales une dénonciation à l'encontre du BG.\_\_\_\_\_. L'assurée a joint à sa réplique un article publié sur le site de la RTS le 5 mai 2026 (« Assurance invalidité : des écarts statistiques dans un centre d'expertise romand »), ainsi qu'un rapport du 9 mars 2026 du Dr L.\_\_\_\_\_, qui faisait état d'une aggravation progressive des troubles de la marche et de l'équilibre. En se référant notamment à une IRM (imagerie par résonance magnétique) cérébrale effectuée le 6 octobre 2025, le médecin indiquait que le tableau soulevait la suspicion

d'une atteinte dégénérative du premier motoneurone compatible avec une probable sclérose latérale primaire.

Dans sa duplique du 1<sup>er</sup> juin 2026, l'Office AI a maintenu ses conclusions. Il a indiqué que la valeur probante d'une expertise médicale devait être examinée dans chaque cas particulier en tenant compte des critères de qualité et des exigences de la jurisprudence, et non pas à la lumière de statistiques et/ou d'enquêtes journalistiques.

Le frère de la recourante a déposé une écriture intitulée « Appel à la considération humaine urgente d'un cas d'une gravité exceptionnelle », le 21 juillet 2026, dans laquelle il a décrit la situation de sa sœur et l'aggravation significative de son état de santé, en se référant au rapport du 9 mars 2026 du Dr L.\_\_\_\_\_, ainsi qu'aux observations présentées par le mandataire de sa sœur, le 19 mai 2026.

### **En droit :**

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

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

**2. a)** Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, à la suite de la nouvelle demande de prestations qu'elle a déposée le 4 mars 2019 et sur laquelle l'intimé est entré en matière, singulièrement sur le point de savoir si son état de santé s'est modifié de façon à influencer ses droits entre la décision de refus de rente rendue le 13 mars 2017 et la décision litigieuse du 27 octobre 2025. Il s'agit également de trancher le point de savoir si l'Office AI doit rembourser à la recourante les frais relatifs à l'établissement des rapports des 5 janvier et 19 avril 2023 du Prof. X.\_\_\_\_\_ et du Dr P.\_\_\_\_\_.

**b)** 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. En l'espèce, la nouvelle demande de prestations a été déposée par la recourante le 4 mars 2019 et l'Office AI lui a reconnu le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2019, soit antérieurement à l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales le 1<sup>er</sup> janvier 2022. C'est donc l'ancien droit qui est applicable au présent cas.

**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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**4. 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 (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167

consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

**b)** Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

**5. a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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

des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

**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 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 ; TF 8C\_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). 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).

**6.** 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. a)** En l'espèce, pour établir la situation sur le plan médical, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 14 mai 2025 réalisée par le centre d'expertises BG.\_\_\_\_\_. Il en a déduit que l'état de santé de la recourante s'était modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité depuis la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit aux prestations (soit la décision du 13 mars 2017). Compte tenu de la capacité de travail de 50 % retenue par les experts à la fin du délai d'attente d'une année (le 4 octobre 2019), puis de 75 % depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020, l'intimé a reconnu le droit de la recourante à une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2019 au 31 mars 2020. Il y a donc lieu d'examiner (d'office) la valeur probante du rapport d'expertise du BG.\_\_\_\_\_, qui est du reste mise en doute par la recourante. Celle-ci fait en substance valoir à cet égard que l'expertise ne serait aucunement motivée, en reprochant aussi aux experts d'avoir largement sous-estimé la gravité des atteintes à la santé dont elle souffre.

**aa)** D'un point de vue formel, le rapport d'expertise du 20 janvier 2025 remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Contrairement à ce qu'allègue la recourante, les experts ne se sont pas contentés de reprendre un historique assécurologique sans aucune discussion. Ils ont rendu leur rapport en se fondant sur une anamnèse détaillée et complète et en tenant compte de

l'ensemble de la documentation médicale au dossier, des plaintes exprimées par la recourante, ainsi que de ses antécédents. Chacun des experts a personnellement rencontré la recourante et procédé à un examen clinique détaillé. Leurs conclusions, prises sur la base d'une description claire du contexte médical, sont dûment motivées et exemptes de contradiction. Ils ont discuté en détails les diagnostics retenus et leurs effets sur la capacité de travail de la recourante, d'abord dans leur discipline respective, puis dans le cadre d'une évaluation consensuelle. Ils ont par ailleurs expliqué les raisons pour lesquelles ils n'ont pas retenu certains diagnostics susceptibles d'entrer en considération.

**bb)** Les critiques générales de la recourante relatives à la sévérité marquée des conclusions rendues par le BG.\_\_\_\_\_ et sa grande réticence à reconnaître l'impossibilité totale de travailler dans un emploi adapté ne permettent pas de mettre en doute la valeur probante de l'expertise. Il suffit de rappeler à ce propos qu'on ne saurait tirer des circonstances d'expertises concernant une tierce personne que les investigations menées par les experts avec la personne assurée n'auraient pas été effectuées conformément aux règles de l'art (TFA I 153/03 du 28 avril 2004 consid. 3). La valeur probante d'une expertise médicale doit en effet être examinée au regard des circonstances concrètes du cas particulier, et non pas à la lumière de statistiques et/ou d'enquêtes journalistiques, comme l'a rappelé l'office intimé dans sa duplique du 1<sup>er</sup> juin 2026.

**b) aa)** Sur le plan de la médecine interne générale, l'experte S.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics incapacitants d'asthénie quotidienne (CIM-10 R53), de granulomatose éosinophilique avec polyangéite (EGPA ; CIM-10 M30.1 ; anciennement syndrome de Churg-Strauss), d'asthme bronchique (CIM-10 J45), de rhinosinusite chronique (CIM-10 J30.1) et de syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) de degré léger en janvier 2020 (CIM-10 G47.31). Elle a précisé qu'en raison de sa maladie inflammatoire chronique (granulomatose éosinophilique avec polyangéite, EGPA), la recourante suivait un traitement immunosuppresseur quasi continu depuis plus de cinq ans, avec mycophénolate, et que les symptômes

(asthme, rhinite chronique) étaient bien contrôlés selon la recourante. L'asthénie quotidienne multifactorielle, qui pouvait découler des différentes atteintes à la santé présentées par la recourante, avait un retentissement significatif mais léger, l'intéressée restant indépendante dans toutes les activités de la vie quotidienne. Les ressources et capacités de la recourante étaient bonnes au vu de son parcours de vie et de la qualité de sa participation à l'expertise. Les facteurs de surcharge résidaient dans un manque de ressources financières et l'absence de logement propre depuis près d'un an. La Dre S.\_\_\_\_\_ a relevé que si la cohérence n'était pas présente, car les limitations fonctionnelles n'étaient pas homogènes dans tous les domaines de la vie, le recours aux options thérapeutiques était toutefois présent, sous réserve d'un traitement probablement sous-optimal de l'asthme. À cet égard, elle a préconisé une intensification du traitement antiasthmatique telle que recommandée à plusieurs reprises par le pneumologue traitant, en se référant à une utilisation irrégulière du traitement par la recourante susceptible de contribuer indirectement à la fatigue. La Dre S.\_\_\_\_\_ n'a pas constaté de défaut de plausibilité ni de démonstrativité. Dans ce contexte, elle a considéré que les atteintes à la santé relevant de la médecine interne générale entraînaient des limitations fonctionnelles (en lien avec la somnolence diurne, le traitement immunosuppresseur en cours et l'asthme) compatibles avec l'activité habituelle et que la recourante avait conservé une capacité de travail de 50 % du 6 novembre 2018 au 31 décembre 2019, puis de 75 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2020, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. La Dre S.\_\_\_\_\_ a également indiqué que l'état de santé n'était pas stabilisé et a suggéré une polysomnographie, ainsi qu'une réévaluation de la capacité de travail trois mois plus tard, idéalement par un spécialiste en pneumologie.

En ce qu'elle affirme avoir indiqué, dans le cadre de l'examen neuropsychologique, qu'elle se couchait aux environs de minuit et se levait vers 11h-12h tout en faisant une sieste d'une à deux heures l'après-midi et d'en déduire qu'elle a un rythme de sommeil manifestement incompatible avec une activité professionnelle à 75 %, la recourante n'établit pas que et en quoi les experts auraient sous-estimé sa fatigabilité. Elle se limite en

effet à opposer sa propre appréciation à la leur, sans pour autant faire état d'éléments qu'ils auraient ignorés. Or la Dre S.\_\_\_\_\_ a en particulier pris en considération le rythme et les habitudes de sommeil de la recourante dans l'anamnèse par système à laquelle elle a procédé avant de se prononcer au sujet de sa capacité de travail (rapport d'expertise, ch. 5.1 p. 18 s.).

**bb)** Sur le plan neurologique, l'expert C.\_\_\_\_\_ a constaté que la recourante avait présenté en janvier 2019 une méningo-encéphalite, qui s'était manifestée par une baisse de l'état de conscience, des troubles de la mémoire et du langage ainsi que de la marche et de l'équilibre. Une origine auto-immune avait été retenue en raison d'une liaison de certains anticorps aux cellules de Purkinje à l'immunofluorescence indirecte sur un tissu cérébral de souris. La recourante avait bénéficié de 5 séances de plasmaphérèse, d'une corticothérapie suivie d'un traitement immunosuppresseur d'Imurek puis, en raison d'une hépatotoxicité, de CellCept. L'évolution avait été partiellement favorable mais le suivi neuropsychologique avait montré la persistance d'une fatigue et d'une fatigabilité, ainsi que de difficultés attentionnelles qui correspondaient à un trouble neuropsychologique léger selon la table de sévérité de l'ASNP 2015. L'IRM cérébrale effectuée le 9 janvier 2020 n'avait pas montré d'anomalie significative, notamment de vasculite. Le Dr C.\_\_\_\_\_ a indiqué que son examen neurologique avait objectivé un léger déséquilibre en position debout et à la marche sans autres anomalies. Quant à l'examen neuropsychologique effectué par la psychologue et neuropsychologue T.\_\_\_\_\_, il avait mis en évidence un trouble neuropsychologique léger touchant la sphère attentionnelle et une fatigabilité. Ce trouble neuropsychologique était séquellaire de l'encéphalite. En effet, l'examen clinique ne montrait pas de signe de neuropathie périphérique et l'imagerie cérébrale pas de lésion vasculaire qui pourraient faire évoquer une atteinte neurologique provoquée par une vasculite dans le cadre de la probable granulomatose éosinophilique avec polyangélite. Au vu de la longue évolution des troubles cognitifs, le Dr C.\_\_\_\_\_ a considéré que les chances de guérison étaient faibles. La recourante, qui accomplissait les activités ménagères, avait des hobbies et avait conservé des relations sociales, était

par ailleurs bien entourée par sa famille qui la soutenait. Il n'y avait pas de difficulté qui empêchait un investissement optimal, mais la longue période d'interruption de travail de la recourante et son âge pouvaient constituer des facteurs de surcharge. Si les plaintes étaient plausibles, il existait cependant une discordance entre leur importance et les résultats de l'évaluation neuropsychologique. Dans ce contexte, le Dr C.\_\_\_\_\_ a conclu à une capacité de travail nulle du 19 janvier au 23 septembre 2019, puis de 80 % dès le 24 septembre 2019, dans l'activité habituelle de secrétaire exercée en dernier lieu, qui pouvait être considérée comme une activité adaptée.

**cc)** Sur le plan rhumatologique, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de cervicalgie, sans irradiation dans les membres supérieurs, secondaire à des discopathies (CIM-10 M54.2 et M51.3) et de douleur de l'épaule droite, après arthroscopie, en octobre 2013, puis le 25 novembre 2015 (CIM-10 M75.1). Il a conclu à une capacité de travail nulle entre le 25 novembre 2015 et le 31 mai 2016, de 50 % depuis le 1<sup>er</sup> juin 2016, puis de 100 % dès le 8 août 2016. Il a précisé que l'activité antérieure était adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante (pas d'efforts du membre supérieur gauche en adduction, et en antépulsion, au-delà de la ligne des épaules ; pas d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg, port de charge, proche du corps, limité à 10 kg). L'expert rhumatologue a constaté une cohérence entre les antécédents, les constatations radiologiques et cliniques à l'occasion de l'expertise pour les atteintes dégénératives et a décrit des douleurs d'épaule actuelles plutôt d'origine cervicales. Il a fait état d'un contexte psychosocial favorable et de ressources externes bien présentes. Il a relevé que les limitations n'étaient pas objectives dans tous les domaines de la vie, du point de vue rhumatologique. Le traitement correspondait aux douleurs ressenties, qui étaient faibles. Il n'y avait pas de démonstrativité et la coopération était bonne. Si la recourante n'assurait que très peu d'efforts de la vie quotidienne, elle était néanmoins capable de les faire. Ses ressources internes étaient altérées dans la mesure où elle ne désirait pas reprendre une activité professionnelle et qu'elle n'avait pas travaillé depuis

longtemps. Du point de vue rhumatologique, il n'y avait pas de raison que la recourante ne soit pas capable d'effectuer une activité adaptée.

Contrairement à ce qu'affirme la recourante, l'expert rhumatologue a expliqué les raisons pour lesquelles il a retenu une pleine capacité de travail depuis le 8 août 2016. Il a exposé que la recourante avait présenté, en mai 2016, une douleur de l'épaule droite à la suite d'une lésion du supra-épineux, avec arthropathie acromio-claviculaire. Elle avait subi une arthroscopie préalablement le 2 octobre 2013, avec résection acromio-claviculaire, puis avait été opérée le 25 novembre 2015 de l'épaule gauche, pour lésion partielle de la face interne du tendon du sous-scapulaire dans son tiers supérieur, tendinite du sus-épineux, arthropathie acromio-claviculaire. Cette chirurgie, qui avait consisté en une suture du tiers supérieur du tendon du sous scapulaire, synovectomie partielle, acromioplastie et résection acromio-claviculaire, avait été suivie, en février 2016, d'une capsulite dont la phase froide était déterminée à partir de mai 2016. Pour cette douleur à l'épaule droite, le Dr F.\_\_\_\_\_ avait attesté une incapacité de travail complète du 25 novembre 2015 au 31 mai 2016, puis de 50 % dès le 1<sup>er</sup> juin 2016, en préconisant une reprise de l'activité habituelle à 100 % dès le mois d'août 2016 (cf. rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ du 18 mai 2016 et rapport initial du 11 août 2016). La date du 8 août 2016 correspond à la date à laquelle la recourante avait repris son activité habituelle à 100 %, comme l'a exposé le Dr Q.\_\_\_\_\_ (rapport d'expertise, ch. 7.6 p. 51 s.). Dans ce contexte, on rappellera que par décision du 13 mars 2017, l'intimé avait refusé l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité à la recourante, à la suite de la première demande de prestations qu'elle avait déposée le 14 avril 2016, en indiquant souffrir d'une déchirure du tendon de l'épaule gauche et d'arthrose des deux épaules. Cette décision, qui n'avait pas été contestée, était entrée en force.

C'est également en vain que la recourante reproche à l'expert rhumatologue de ne pas avoir indiqué les motifs pour lesquels il n'a pas suivi l'appréciation du Prof. X.\_\_\_\_\_ et du Dr P.\_\_\_\_\_. Certes, si le Dr Q.\_\_\_\_\_ a relevé que dans son rapport du 5 janvier 2023, le Prof. X.\_\_\_\_\_ s'était prononcé en faveur d'une capacité de travail de

60 %, avec une diminution de rendement d'environ 25 à 50 %, il n'a pas discuté le point de vue de ce médecin. Cela étant, à la lecture du rapport du 5 janvier 2023, on constate que le Prof. X.\_\_\_\_\_ et le Dr P.\_\_\_\_\_ ont fait état d'une incapacité de travail dans l'activité habituelle et d'une incapacité de travail dans une activité adaptée de 40 et 50 % avec une baisse de rendement de 25 à 50 %, en relation essentiellement avec la maladie inflammatoire chronique de la recourante (granulomatose éosinophilique avec polyangéite, EGPA, anciennement syndrome de Churg-Strauss) et un trouble neuropsychologique persistant associant fatigue/fatigabilité, soit des atteintes à la santé ne relevant pas du domaine de compétence de l'expert en rhumatologie. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ n'avait dès lors pas à se prononcer sur l'incidence de ces atteintes à la santé sur la capacité de travail de la recourante. Par ailleurs, si le Prof. X.\_\_\_\_\_ et le Dr P.\_\_\_\_\_ avaient également mentionné un syndrome douloureux chronique cervical d'origine très probablement mécanique, dégénérative et musculaire au sein des diagnostics incapacitants, ils n'avaient cependant ni précisé le taux d'incapacité de travail à retenir en lien avec cette atteinte à la santé ni mis en évidence de limitations fonctionnelles en relation avec celle-ci. Ils n'avaient ainsi pas attesté de limitations fonctionnelles en relation avec une atteinte à la santé rhumatologique, comme la Cour de céans l'avait déjà constaté dans l'arrêt de renvoi du 29 avril 2024 (cf. consid. 6b/bb).

**dd)** Sur le plan psychiatrique, l'expert R.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics non incapacitants de trouble de l'adaptation possible (CIM-10 F43.2), en rémission depuis de nombreuses années, et de troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (CIM-10 F10.1). Il a procédé à une discussion circonstanciée des diagnostics retenus. Concernant l'utilisation d'alcool nocive pour la santé, il a en particulier indiqué ne pas relever de signe de mauvaise tolérance de l'abstinence et ne pas constater de manifestation en lien avec une envie impérieuse de consommer. S'agissant du possible trouble de l'adaptation survenu en 2014 ou en 2015 en réponse aux conditions professionnelles et ayant occasionné une incapacité de travail pendant un mois, qui constituait le seul antécédent personnel psychiatrique rapporté par la recourante, le

Dr R.\_\_\_\_\_ a exposé ne pas retenir de limitations au sens d'un trouble durable. Il a relevé que si un traitement antidépresseur par citalopram avait alors été mis en place et n'avait jamais été arrêté par la suite, simplement reconduit par le médecin traitant, il ne retenait pas d'indication à celui-ci. Ce traitement avait par la suite été modifié par le psychiatre qui avait initié une nouvelle prise en charge en août 2022, le Dr O.\_\_\_\_\_, et remplacé par de la venlafaxine. Selon le Dr R.\_\_\_\_\_ l'introduction du traitement actuel devait, au moins en partie, être replacé dans le contexte des démarches asséculo-logiques et la recourante elle-même n'y voyait pas d'intérêt. Au jour de l'examen, l'intéressée n'avait pas de plainte spécifiquement de la sphère psychique ou psychiatrique et elle avait indiqué que c'était son avocat qui lui avait dit qu'il était mieux de recourir à un professionnel. Dans ce contexte, l'expert psychiatre a également exposé qu'il ne pouvait pas retenir de trouble de l'humeur, et en particulier d'épisode dépressif, car la recourante n'en avait pas rapporté et qu'il n'en avait pas constaté. Il n'y avait par ailleurs pas de diminution de l'intérêt ou du plaisir dans les différentes activités qui étaient conservées. Du reste, si la recourante avait initialement vu le Dr O.\_\_\_\_\_ chaque mois, elle le voyait désormais chaque deux mois.

La recourante ne conteste pas les constatations du Dr R.\_\_\_\_\_. Dans son écriture de recours, elle indique seulement que son expertise serait contradictoire, en opposant certains passages de celle-ci. A cet égard, on ne voit pas en quoi le fait que l'expert psychiatre a indiqué que la recourante n'avait pas rapporté d'événements exceptionnellement menaçant catastrophique qui fût survenu au cours de son existence (rapport d'expertise, ch. 8.1 p. 58) serait contradictoire avec le fait qu'elle avait été dans le coma pendant plusieurs jours à la suite de l'encéphalite survenue en janvier 2019 et qu'elle avait mentionné regretter de ne pas avoir pu prolonger l'expérience de mort imminente (rapport d'expertise, ch. 8.1 p. 55). Il n'y a pas non plus de contradiction à indiquer d'abord que la recourante a relaté l'épisode survenu en janvier 2019 avec un certain humour (rapport d'expertise, ch. 8.1 p. 55), puis qu'elle est revenue sur cet événement sans débordement émotionnel ou indifférence excessive et sans mettre en œuvre de stratégie pour éviter le sujet (rapport d'expertise,

ch. 8.2 p. 61). La recourante ne met ainsi pas en évidence d'éléments objectivement vérifiables susceptibles de remettre en cause le bien-fondé des conclusions du Dr R.\_\_\_\_\_.

**c)** Le rapport du 9 mars 2026 du Dr L.\_\_\_\_\_, que la recourante a annexé à sa réplique du 19 mai 2026 et auquel son frère se réfère également dans sa correspondance du 21 juillet 2026, ne permet pas de mettre en doute les conclusions des experts du BG.\_\_\_\_\_.

On rappellera que de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, en l'occurrence, le 27 octobre 2025. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 2). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

En l'occurrence, si dans son rapport du 9 mars 2026 le Dr L.\_\_\_\_\_ a fait état de troubles de la marche et de l'équilibre en aggravation avec chutes à répétition et indiqué que le tableau soulevait la suspicion d'une atteinte dégénérative du premier motoneurone compatible avec une probable sclérose latérale primaire, en se référant à deux IRM réalisées les 6 octobre et 21 novembre 2025, il n'a pas attesté d'incapacité de travail. Il n'a pas non plus décrit de limitations fonctionnelles qui s'écarteraient de manière significative de celles retenues par les experts du BG.\_\_\_\_\_. Dans son appréciation du status neurologique actuel, le Dr L.\_\_\_\_\_ a relevé la présence de troubles attentionnels légers à modérés, d'un déficit de la concentration et d'un discret ralentissement

psychomoteur, soit des atteintes à la santé superposables à celles décrites par le Dr C.\_\_\_\_\_ dans le rapport d'expertise du 14 mai 2025 et par la psychologue et neuropsychologue T.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 30 avril 2025.

**d)** Compte tenu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions des experts du BG.\_\_\_\_\_ quant à une capacité de travail (dans l'activité habituelle, qui est une activité adaptée) nulle du 25 novembre 2015 au 31 mai 2016, de 50 % du 1<sup>er</sup> juin au 7 août 2016, de 100 % du 8 août 2016 au 5 novembre 2018, de 50 % du 6 novembre 2018 au 18 janvier 2019, nulle du 19 janvier au 23 septembre 2019, de 50 % du 24 septembre au 31 décembre 2019, puis de 75 % depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

**8. a)** La recourante allègue encore que, quand bien même une capacité de travail serait retenue, l'office intimé aurait dû lui reconnaître le droit à des mesures professionnelles. Dans ce contexte, en se référant à son incapacité de travail depuis le 19 janvier 2019, à son âge et à ses atteintes à la santé sur les plans somatique et psychique, elle affirme qu'il est illusoire de penser qu'elle peut se réinsérer professionnellement sans mesures professionnelles préalables.

**b)** Il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGa) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGa), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins (TF 9C\_177/2023 du 26 mars 2024 et la référence citée). L'examen – et, cas échéant, l'exécution – des éventuelles mesures constituent alors une condition de la suppression (ou réduction) de la rente, cette suppression (ou réduction) ne pouvant prendre effet antérieurement (TF 9C\_707/2018 du 26 mars 2019 consid. 5.1 et les références citées). Cette jurisprudence, qui est également applicable lorsque l'on statue sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps

que sur l'octroi de la rente (ATF 145 V 209 consid. 5), ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (TF 9C\_177/2023 *loc. cit.*). Dans de telles situations, les organes de l'assurance-invalidité doivent vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, même si ce dernier a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste. Des exceptions ont déjà été admises lorsque la personne concernée avait maintenu une activité lucrative malgré le versement de la rente – de sorte qu'il n'existait pas une longue période d'éloignement professionnel – ou lorsqu'elle disposait d'emblée de capacités suffisantes lui permettant une réadaptation par soi-même (TF 9C\_291/2023 du 30 janvier 2024 consid. 7.2 et les références). Pour déterminer si l'âge de référence de 55 ans est atteint, il faut se fonder sur le moment du prononcé de la décision (ATF 148 V 321 consid. 7.3).

**c)** En l'occurrence, la recourante, née le \*\*\*, était âgée de plus de 55 ans au moment de la décision du 27 octobre 2025 lui octroyant une rente d'invalidité de durée limitée dans le temps. Au vu des principes développés ci-avant, elle appartient à la catégorie d'assurés dont il convient de présumer qu'ils ne peuvent en principe pas entreprendre une réadaptation par eux-mêmes pour tirer profit de leur capacité de travail résiduelle. La recourante a donc théoriquement droit à ce que le besoin de mesures de réadaptation soit examiné avant la suppression de son droit à la rente. Cela étant, l'exercice de son activité habituelle (qui est une activité adaptée) a toujours été exigible d'elle à 50 % au moins, hormis du 25 novembre 2015 au 31 mai 2016 et du 19 janvier au 23 septembre 2019, selon les conclusions des experts du BG.\_\_\_\_\_, dont il n'y a pas lieu de s'écarter (consid. 7 supra). Or malgré cette capacité résiduelle de travail, la recourante n'a pas entrepris de démarches pour reprendre une activité lucrative à temps partiel ni sollicité l'office intimé pour qu'il l'aide dans ce genre de démarches, étant rappelé que l'intéressée a été licenciée avec effet au 31 juillet 2019. De ce fait, son absence du marché du travail n'est pas due à une invalidité. Par conséquent, en ne procédant pas à une

évaluation concrète des possibilités de réadaptation de la recourante avant de lui reconnaître le droit à une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2019 au 31 mars 2020, par décision du 27 octobre 2025, l'intimé n'a pas violé le droit fédéral (cf. TF arrêt 9C\_176/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3 et les arrêts cités).

**d)** La recourante ne peut par ailleurs rien déduire non plus en sa faveur de la jurisprudence relative à la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché équilibré du travail (cf. ATF 138 V 457). Au moment déterminant où les experts du BG. \_\_\_\_\_ ont constaté qu'elle disposait d'une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (à ce sujet, cf. ATF 138 V 457 consid. 3.3 et 3.4), soit au mois de mai 2025, la recourante, née le \*\*\*, était âgée de 59 ans et onze mois. Quoi qu'elle en dise, elle disposait alors d'une durée d'activité d'un peu plus de cinq années, ce qui n'excluait pas d'emblée le caractère exploitable de sa capacité résiduelle de travail (ATF 143 V 431 consid. 4.5.2 ; TF 9C\_554/2020 du 14 avril 2021 consid. 5.2). Par ailleurs, au regard des constatations des experts du BG. \_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail de la recourante (75 % dans l'activité habituelle, qui est une activité adaptée) et à ses limitations fonctionnelles (consid. 7 supra), force est d'admettre qu'il existait de réelles possibilités d'embauche sur le marché équilibré de l'emploi (à ce sujet, voir TF 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et les arrêts cités).

**9. a)** La recourante s'en prend finalement à la décision incidente du 22 octobre 2024. Elle requiert la prise en charge par l'intimé des frais d'établissement des rapports d'expertise des 5 janvier et 19 avril 2023 du Prof. X. \_\_\_\_\_ et du Dr P. \_\_\_\_\_.

**b)** Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures ; à défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise font partie des frais de procédure (TF 9C\_533/2023 du 14 novembre 2024 consid. 6.2). Les

frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (ATF 115 V 62 consid. 5c ; TF 8C\_89/2020 du 4 décembre 2020 consid. 6.2 ; 8C\_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 6.1 *in fine* ; 8C\_354/2015 du 13 octobre 2015 consid. 6.1 et les arrêts cités, in SVR UV n° 24 p. 75).

**c)** Contrairement à ce que voudrait la recourante, la mise à la charge de l'office intimé des frais des rapports d'expertise du Prof. X. \_\_\_\_\_ et du Dr P. \_\_\_\_\_ ne se justifie pas en l'espèce. Dans l'arrêt de renvoi du 29 avril 2024, la Cour de céans a considéré que la situation était claire du point de vue rhumatologique (consid. 6c). Elle a constaté que si aucune pièce au dossier n'avait fait état d'une composante rhumatologique jusqu'au rapport du Prof. X. \_\_\_\_\_ et du Dr P. \_\_\_\_\_ et que ces médecins avaient posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de granulomatose éosinophilique avec polyangéite (EGPA, anciennement syndrome de Churg-Strauss), ils avaient précisé que cette maladie apparaissait cliniquement sans symptômes ou signe flagrant d'activité avec contrôle biologique relativement satisfaisant sans impact immédiat sur les limitations fonctionnelles (consid. 6b/bb). La Cour de céans a renvoyé la cause à l'office intimé pour instruction complémentaire en raison de l'absence d'une appréciation médicale exhaustive sur l'incidence de la fatigabilité et des troubles de la concentration présentés par la recourante sur la capacité de travail (consid. 6d), en précisant qu'il y avait lieu de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire comprenant notamment des volets neuropsychologique, psychiatrique et neurologique, ainsi qu'une analyse objective du phénomène de fatigue et de troubles de la concentration et de leur impact sur la capacité de travail. A cet égard, si le Prof. X. \_\_\_\_\_ et le Dr P. \_\_\_\_\_ ont certes mentionné l'existence d'un trouble neuropsychologique persistant associant fatigue/fatigabilité qui apparaissaient comme les éléments majeurs à l'origine d'un handicap irréversible, ainsi que des limitations fonctionnelles marquées dans leurs rapports des 5 janvier et 19 avril 2023 (consid. 6b/dd), leurs constatations n'ont toutefois pas été déterminantes pour infirmer la position de l'intimé. Ils n'ont en effet pas apporté d'élément nouveau pour l'issue du présent

litige, dès lors que les différents médecins traitants de la recourante avaient déjà tous fait état, dès 2019, d'une importante fatigabilité et de troubles de la concentration (en relation notamment avec une maladie inflammatoire et des séquelles neuropsychologiques), lesquels n'avaient cependant pas fait l'objet d'un examen consciencieux de la part du SMR (consid. 6b/dd et 6c). Les rapports d'expertise du Prof. X. \_\_\_\_\_ et du Dr P. \_\_\_\_\_ n'ont dès lors pas été indispensables à l'appréciation du cas au sens de l'art. 45 al. 1 LPGA.

**10. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et les décisions litigieuses des 22 octobre 2024 et 27 octobre 2025 confirmées.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> première phrase LAI). En l'espèce, il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

**d)** La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire (cf. décision du juge instructeur du 5 janvier 2026). Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Jean-Michel Duc peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 20 août 2026, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 1'694 fr. 50, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**e)** La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code

fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** Les décisions rendues les 22 octobre 2024 et 27 octobre 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité sont confirmées.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil d'office de la recourante, est fixée à 1'694 fr. 50 (mille six cent nonante-quatre francs et cinquante centimes), débours et TVA compris.
- VI.** La partie bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Jean-Michel Duc (pour B. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :