

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 juillet 2026

Composition : M. TINGUELY, président
Mme Di Ferro Demierre et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Chaboudez

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à U***, recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 28 al. 1 LAI

En fait :

A. **a)** B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, est mariée à C._____ depuis mai 2018. Le couple n'a pas d'enfant. Disposant d'une formation professionnelle d'employée de commerce, elle a notamment travaillé, d'août 2013 à octobre 2018, comme conseillère à la clientèle privée auprès de la D._____ (D._____). Par la suite, depuis le 1^{er} novembre 2018, elle a exercé à plein temps comme gestionnaire support clients et prévoyance au sein de l'assurance X._____. Elle s'est retrouvée en incapacité de travail dès le 23 septembre 2019, a bénéficié d'indemnités journalières en cas de maladie et a été licenciée pour le 30 avril 2020.

Dans un rapport du 17 novembre 2019, le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale, a mentionné la présence de malaises avec poly-hypotensions et d'un reflux gastro-œsophagien.

Le 6 février 2020, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en annonçant souffrir de vertiges, nausées, picotements et fourmillements aux membres supérieurs et inférieurs, ainsi que de difficulté à rester sur ses jambes.

Dans un rapport du 4 mai 2020, la Dre J._____, spécialiste en neurologie, a fait état d'une symptomatologie mal systématisée d'origine incertaine, d'un terrain céphalalgique et de reflux gastro-œsophagien. Son examen neurologique s'était révélé normal, de même que les différentes imageries réalisées.

Par rapport établi le 3 novembre 2020, les Drs R._____ et L._____, tous deux spécialistes en médecine interne générale auprès d'AA._____, ont posé les diagnostics suivants :

- « Diagnostics :
- PPPD (Persistent Postural Perceptual Dizziness [réd. : vertiges posturaux perceptifs persistants-VPPP])
 - o Composante de migraine avec aura / migraine vestibulaire

Antécédents :

- Hernie hiatale, béance du cardia, status post gastroscopie à l'âge de 8 ans et 23 ans, RGO [réf. : reflux gastro-œsophagien], status post gastrite traitée par IPP [réf. : inhibiteurs de la pompe à protons] à long terme. Opération au niveau gastrique proposée par le gastro-entérologue traitant et déconseillée par le médecin traitant, non effectuée finalement.
- Troubles anxieux, status post épuisement professionnel en 2018.
- Psoriasis du cuir chevelu et du conduit auditif externe bilatéral non traité, calme actuellement.
- Status post multiples chutes de cheval anciennes, status post tassement de la colonne sans précision.
- Trouble du transit associé avec tendance à la constipation. »

Dans un rapport du 13 novembre 2020, la Dre P._____, médecin généraliste traitante, a posé les diagnostics de troubles de l'équilibre de type *Persistent Postural Perceptual Dizziness* (PPPD), de migraine vestibulaire et de troubles somatoformes indifférenciés. La rééducation vestibulaire avait permis une amélioration dès septembre 2020.

A l'initiative de l'assurance perte de gain maladie de l'assurée, un « *assessment* » de médecine interne générale et de psychiatrie a été réalisé par BC._____, SA. Dans leur rapport du 30 novembre 2020, les Drs BD._____, médecin praticien, et E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu les diagnostics suivants :

«Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail :

1. Vertiges chroniques multifactoriels sur :
 - Dysfonction vestibulaire
 - Étourdissements posturaux-perceptifs persistants
 - Composante de migraine vestibulaire avec aura/migraine vestibulaire
 - Hypotension artérielle orthostatique

Diagnostics sans incidence sur la capacité de travail :

1. Céphalées de tension, intermittentes
2. Psoriasis du cuir chevelu, avec status après psoriasis du conduit auditif externe bilatéral
3. Status après arythmies, dans un contexte de déconditionnement
4. Hernie hiatale, depuis l'âge de 8 ans, status après gastroscopie à 8 et 23 ans (RGO, status après gastrite traitée par IPP à long terme)
5. Status après sinusite, été 2020
6. Dysménorrhées
7. Omalgies, coxalgies, sans déficit
8. Scoliose chronique depuis l'adolescence
9. Myopie et astigmatisme, corrigés
10. Allergie au Méphador

11. Consommation tabagique chronique, 12 UPA
12. Status après troubles de la concentration, octobre 2019
13. Status après état dyspnéique, octobre 2019
14. Status après extraction des dents de sagesse, à l'âge de 20 et 22 ans
15. Status après multiples chute[s] de cheval anciennes, status après tassement de la colonne, sans précision
16. Status après trouble du transit associé avec tendance à la constipation. »

Le Dr E. _____ a écarté toute atteinte psychiatrique, de même que toute limitation de la capacité de travail dans ce domaine, tandis que le Dr BD. _____ a estimé que l'état de santé de l'assurée, qui faisait de la rééducation vestibulaire, n'était pas encore stabilisé. Il a considéré que l'incapacité de travail de l'assurée était totale et a conclu à la récupération progressive d'une capacité de travail dans une activité adaptée jusqu'à une capacité entière dès le 1^{er} mars 2021, en posant les limitations fonctionnelles suivantes :

- «- La conduite et la manipulation de véhicules ou engins dangereux sont proscrites ;
- Tout travail en hauteur ou en terrain irrégulier, les escaliers ou les échafaudages ;
 - L'alternance rapide et/ou répétée des positions assise-debout, allongée-debout, à genoux-debout ;
 - Eviter les changements positionnels à l'orthostatisme brusques ou rapides, se lever plus lentement ;
 - Eviter de rester en position debout prolongée ;
 - Eviter les mouvements de rotations et le regard vers le haut de la tête ;
 - Eviter le travail au-dessus des épaules. »

Le 6 avril 2021, l'assurée a informé l'OAI qu'elle avait trouvé un nouvel emploi depuis le 1^{er} avril 2021 et recouvré une pleine capacité de travail. Il ressort de son contrat de travail qu'elle a été engagée comme consultante LPP junior à 80 % par BG. _____ AG.

Dans un rapport du 9 août 2021, la Dre P. _____ a attesté de la récupération d'une capacité de travail à 100 % dès le 1^{er} mars 2021.

Par décision du 13 avril 2022, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2020 au 31 mai 2021, compte tenu de la récupération d'une pleine capacité de travail dès le 1^{er} mars 2021, puis de son nouveau travail dès le 1^{er} avril 2021.

b) Par courrier du 17 août 2022, le mari de l'assurée a informé l'OAI que celle-ci avait fait une rechute et qu'elle était à nouveau en arrêt de travail depuis le 19 avril 2022.

Dans un rapport du 31 juillet 2022, le Dr BJ._____, spécialiste en chirurgie orale et maxillo-faciale, a posé les diagnostics de luxation méniscale antérieure réductible de l'articulation temporo-mandibulaire droite, de dysfonctionnement des muscles de la mastication des deux côtés, de probable *clenching* ou bruxisme et de béance maxillo-mandibulaire dentaire sur déglutition infantile.

Dans un rapport du 19 août 2022, le Dr BR._____, médecin praticien, a indiqué que les douleurs que l'assurée présentait dans les bras depuis 2015, au début de manière discontinue, s'étaient étendues aux épaules, aux genoux, aux cuisses, aux membres supérieurs et aux mâchoires, avec des céphalées, et étaient devenues plus fréquentes et handicapantes depuis l'été 2021 et surtout depuis novembre 2021. Un diagnostic de fibromyalgie avait été retenu. Les symptômes du PPPD s'étaient progressivement améliorés et il persistait des sensations d'instabilité durant les périodes de fatigue et de douleurs intenses. La fatigue était devenue handicapante à partir de l'été 2021, avec une fatigabilité à l'effort et un temps de récupération anormalement long. L'assurée présentait en outre toujours des troubles digestifs, entrant dans le cadre d'un syndrome de l'intestin irritable. Le Dr BR._____ a, compte tenu de l'association de tous ces symptômes et de l'absence de perturbations biologiques, posé le diagnostic d'encéphalomyélite myalgique ou de syndrome de fatigue chronique (ci-après également : EM/SFC), précisant que celui de fibromyalgie ne prenait pas assez en considération la fatigabilité à l'effort. Il a précisé que le pronostic était en général réservé et qu'une amélioration de 50 % du seuil de fatigabilité était un bon résultat.

Dans un courriel du 31 août 2022, le Dr BM._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, a admis, à l'instar du Dr BR._____, que l'assurée présentait un syndrome de fatigue chronique.

Dans un rapport du 6 septembre 2022, le Dr BN._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ci-après également : ORL), a posé les diagnostics de PPPD et de troubles de l'équilibre liés à la perception, lesquels avaient récidivé dans le cadre d'une fatigue générale au repos et à l'effort.

L'assurée a rempli une nouvelle demande de prestations d'invalidité le 25 août 2022. Elle a indiqué que son emploi auprès de BG._____ avait pris fin le 14 juin 2021 et qu'elle avait ensuite été engagée le 1^{er} novembre 2021 comme « client manager » par I._____ SA à 80 %.

Le 4 octobre 2022, l'assurée a indiqué à l'OAI qu'elle travaillerait à 100 % comme employée de commerce si elle n'était pas atteinte dans sa santé.

Dans un rapport du 28 novembre 2022, le Dr BM._____ a attesté avoir vu l'assurée pour un syndrome douloureux chronique, un syndrome de fatigue chronique, un sommeil perturbé avec réveils fréquents, des polyarthralgies, des douleurs rachidiennes et une sensibilité à la palpation périarticulaire multiple. Il a noté que le syndrome de fatigue générale et les douleurs entraînaient sans doute une difficulté à tenir un poste de travail.

Dans un certificat du 2 décembre 2022, le Dr BN._____ a précisé que le travail sur écran engendrait une aggravation de l'inconfort visuel, en lien avec le vertige de type positionnel.

Le 13 janvier 2023, le Dr BR._____ a confirmé le diagnostic d'encéphalomyélite myalgique/syndrome de fatigue chronique (code CIM-10 : G93.3), à côté de celui de PPPD. Il a estimé que l'état de l'assurée était tout à fait incompatible avec une activité professionnelle actuellement.

Lors d'un entretien téléphonique du 31 janvier 2023 avec une spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI, l'assurée a expliqué que, certains jours, elle devait rester alitée toute la journée, que son autonomie par jour était de 3 heures et qu'elle devait ensuite se reposer.

Dans un rapport du 18 mars 2023, le Dr BR._____ a attesté que le syndrome de fatigue chronique - encéphalomyélite myalgique entraînait un seuil de fatigabilité très abaissé, qui limitait la capacité de travail de l'assurée à une activité de deux fois 30 minutes de télétravail, au-delà duquel elle présentait des douleurs, des troubles de la concentration, des troubles cognitifs, des troubles de l'équilibre et des troubles digestifs.

Dans un rapport du 20 mars 2023 à l'OAI, le Dr BR._____ a posé les diagnostics de syndrome de fatigue chronique - encéphalomyélite myalgique depuis 2017, d'éventuelle dépression et d'anxiété fluctuante depuis 2006, ainsi que de PPPD depuis 2019. Les limitations fonctionnelles de l'assurée étaient une fatigabilité à l'effort physique et intellectuel limitant les capacités de travail et d'effort de tout type, y compris pour la vie quotidienne, ainsi que des sensations vertigineuses. Il a estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle en toutes activités depuis environ mars 2022.

Le même jour, le Dr BN._____ a également adressé un rapport à l'OAI, dans lequel il a retenu le diagnostic de PPPD. Il envisageait une reprise de la rééducation en cas d'aggravation des vertiges.

I._____ SA a résilié le contrat de travail de l'assurée pour le 31 mars 2023.

Dans un rapport du 5 mai 2023, les Drs R._____ et L._____ ont posé les diagnostics suivants :

- « Fatigue chronique d'origine multifactorielle :
- Contexte de PPPD (Persistent Postural Perceptual Dizziness) (CIM 11 : AB32.0)

- Composante de migraine avec aura/migraine vestibulaire (CIM11 : AB31.1)
- Critères du syndrome de fatigue chronique IOM 2015 remplis (CIM 11 : 8E49)
- Notion de trouble anxieux
- Symptomatologie fonctionnelle digestive, neurologique, ORL, ostéoarticulaire, sommeil. DD [réd. : diagnostic différentiel] trouble somatoforme indifférencié (cf. rapport consilium du 03.11.2020).
- Notion anamnestique d'une vaccination contre le Covid-19 en 12.2022, avec une infection à Covid-19 en 01.2023 qui a aggravé encore plus les symptômes (CIM 11 : RA02).

Luxation méniscale antérieure réductible de l'articulation temporo-mandibulaire droite, dysfonctionnement des muscles de la mastication ddc [réd. : des deux côtés], probable clenching ou bruxisme, béance maxillo-mandibulaire dentaire sur déglutition infantile. »

Ils ont également fait état des diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de hernie hiatale, de psoriasis du cuir chevelu et du conduit auditif externe bilatéral, non traité et calme actuellement, de status post multiples chutes de cheval anciennes, de status post tassement de la colonne sans précision et de trouble du transit associé à une tendance à la constipation. Ils ont estimé que la capacité de travail de l'assurée était de 0 % dans son activité habituelle et de maximum 20 % dans une activité adaptée. Ils se sont prononcés comme suit sur les limitations fonctionnelles et les ressources de l'assurée :

« Les vertiges limitent la patiente pour toute activité qui nécessite des déplacements, un stress de rendement ou des contacts interpersonnels. La fatigue est invalidante avec une limitation totale de la capacité d'endurance et de résistance. Elle est limitée de façon significative par rapport à l'adaptation aux règles et la planification et structuration des tâches, en raison de la fatigue au moindre effort. Sa capacité de flexibilité et adaptabilité sont modérément limitées en raison de l'épuisement physique et psychologique. La capacité de mise en pratique des compétences et connaissances professionnelles est significativement limitée par la fatigue et les symptômes au quotidien. Elle signale des difficultés à porter des jugements et à prendre des décisions. Les activités spontanées et la proactivité sont significativement limitées, dans le contexte d'une vie sociale et professionnelle très fragile. Les capacités de contact et de conversation avec des tiers, la capacité d'intégrer un groupe, la capacité de prendre soin de soi et la capacité de déplacement dépendent du niveau de fatigue et représentent une limitation modérée à totale en fonction de l'intensité des symptômes. [...]

Les ressources de la patiente sont fragiles, dans un contexte d'un éloignement de son activité professionnelle, une vie sociale presque

inexistante en raison des symptômes et les limitations fonctionnelles décrites.

Certaines ressources sont préservées, comme le soutien par son mari qui l'accompagne et qui est présent au quotidien, une formation professionnelle solide, qui est difficilement mobilisable en raison de la fatigue.

La capacité d'affirmation de soi et la capacité de maintenir des relations proches avec sa famille, sont de[s] ressources résiduelles, qui restent fragiles au vu du contexte. »

Le 17 mai 2023, l'assurée, par le biais de son mandataire, a transmis à son assurance perte de gain maladie la réponse donnée par le Conseil d'Etat vaudois le 26 avril 2023 à une interpellation au sujet de la prise en compte de l'encéphalomyélite myalgique.

Dans un avis du 11 juillet 2023, le SMR a sollicité des renseignements médicaux complémentaires.

Dans un rapport du 2 août 2023, le Dr O._____, spécialiste en neurologie, a indiqué que la polysomnographie effectuée n'avait pas montré de pathologie intrinsèque déstructurante du sommeil, telle qu'un trouble respiratoire ou un syndrome de mouvements périodiques des jambes.

Par rapport du 14 août 2023, le Dr CB._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué qu'il avait suivi l'assurée de juillet 2018 à août 2022. Il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) et de trouble panique (anxiété épisodique paroxystique ; F41.0) depuis 2018, ainsi que de syndrome de fatigue post-virale (G93.3) et de fibromyalgie (M79.7) depuis 2022. Il a conclu à l'existence d'une totale incapacité de travail dans toute activité et d'un éventuel potentiel de réadaptation de 10 %. Il s'est prononcé comme suit sur les limitations et les ressources de l'assurée :

« Les symptômes, tels que les vertiges, la fatigue, les migraines et les symptômes fonctionnels associés, imposent des limitations fonctionnelles à la patiente. Les vertiges entravent les activités nécessitant des déplacements, du stress ou des interactions sociales. La fatigue engendre une incapacité totale en termes d'endurance, limitant sa capacité à suivre des règles, à planifier et à structurer des tâches. L'épuisement physique et mental modère sa flexibilité et son adaptabilité. Les compétences professionnelles sont significativement restreintes par la fatigue, les troubles de l'attention et de la concentration entravant la prise de décisions et la capacité à

porter des jugements. Sa vie sociale et professionnelle sont fragilisées, avec des limitations marquées dans les interactions sociales et la proactivité.

[...]

La patiente étant de plus en plus isolée au vu[...] des symptômes décrits ci-dessus et en état de fatigue constante est fragilisée. Elle n'a plus beaucoup de ressources qui pourraient l'aider à se réinsérer professionnellement malgré son désir. »

Dans un rapport du 18 septembre 2023, la Dre P._____ a retenu les diagnostics de troubles de l'équilibre type PPPD, de migraine vestibulaire, de fatigue chronique invalidante, de troubles anxieux avec comme diagnostic différentiel des troubles somatoformes indifférenciés, d'encéphalomyélite myalgique et de poly-allergie avec une intolérance au gluten. Elle a estimé que l'incapacité de travail était totale en toutes activités, l'assurée ne pouvant exercer une activité que durant 15-20 minutes avant de devoir se reposer.

Dans un rapport du 19 septembre 2023, le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a mentionné avoir examiné l'assurée entre août et octobre 2020 dans le cadre du consilium effectué. Il a posé les diagnostics de trouble somatoforme indifférencié (F45.1 ; décrit par le PPPD dans la CIM-11) et de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) depuis 2018.

Par avis du 2 octobre 2023, le SMR a constaté que les rapports au dossier décrivaient un syndrome de fatigue chronique post-virale (maladie de Lyme), un trouble somatoforme, des douleurs diffuses, des vertiges sans cause ORL retrouvée, sans suivi psychiatrique ni traitement psychotrope actuellement. Il a sollicité la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire, de rhumatologie, neurologie, oto-rhino-laryngologie, psychiatrie et médecine interne, avec la réalisation d'un bilan neuropsychologique si les experts l'estimaient nécessaire. Lors d'une discussion pluridisciplinaire du 10 juin 2024, le SMR et l'OAI ont finalement renoncé à solliciter un volet d'expertise ORL et décidé d'inclure cette discipline dans le volet de médecine interne.

Par courriers des 2 octobre et 3 novembre 2023, le mandataire de l'assurée a relevé que le diagnostic de maladie de Lyme n'avait jamais été posé.

L'expertise pluridisciplinaire a été confiée au CD._____ (ci-après : CD._____). Dans le rapport qui a été réceptionné par l'OAI le 19 décembre 2024, les Drs CF._____, spécialiste en neurologie, S._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, BF._____, spécialiste en médecine interne générale et CG._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont conclu à l'absence de tout diagnostic incapacitant et ont retenu les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de céphalées de type mixte, de syndrome de douleurs chroniques d'origine indéterminée (R52.2), de luxation méniscale antérieure réductible de l'articulation temporo-mandibulaire droite et dysfonctionnement des muscles de la mastication des deux côtés, avec probable *clenching* ou bruxisme (K07.6) et d'accentuation de certains traits de personnalité de type anxieux (Z73.1). Ils ont retenu l'existence d'une totale capacité de travail en toutes activités depuis toujours. Dans le cadre de cette expertise, une évaluation neuropsychologique a été réalisée par la psychologue CJ._____, qui a rendu son rapport le 20 novembre 2024.

Dans un avis du 6 janvier 2025, le SMR a considéré qu'il n'avait pas de raison de s'écarter des conclusions de l'expertise.

Par projet de décision du même jour, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait refuser de la mettre au bénéfice d'une rente d'invalidité au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte durablement incapacitante.

L'assurée a présenté ses objections par courriers de son mandataire des 15 janvier et 19 février 2025. Elle a transmis un rapport établi le 14 février 2025 par les Drs R._____ et L._____, qui étaient d'avis que l'expertise n'avait pas une pleine valeur probante au motif que les experts n'avaient pas fait d'analyse détaillée de cohérence avec les appréciations médicales précédentes et ne précisaient pas pour quelles

raisons précisément ils s'alignaient ou s'écartaient de celles-ci. Constatant que les experts n'avaient pas observé de signe de fatigue chez l'assurée durant leur examen, ils ont expliqué que, dans le contexte du SFC, la fatigue ou le « crash » apparaissaient souvent à distance des efforts même minimes, parfois 24-72h plus tard, si bien que l'absence de fatigue « constatée » dans le cadre de l'entretien avec l'expert n'excluait pas le SFC, mais au contraire rendait les plaintes de la patiente plus authentiques et vraisemblables, en cohérence avec ses troubles. Ils ont ajouté que les vertiges, sous forme de VPPP, avaient limité et semblaient limiter encore la patiente, alors que les experts n'avaient pas inclus dans l'expertise un volet ORL/otoneurologique avec des examens fonctionnels ORL dédiés, lesquels pourraient objectiver et apprécier mieux ces limitations. Ils ont préconisé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

Par courrier du 20 février 2025, l'assuré a fait parvenir à l'OAI un rapport établi le 14 février 2025 par la psychologue et psychothérapeute CR._____, qui l'avait suivie de juillet 2018 à juillet 2024, sous réserve de quelques interruptions. Celle-ci reprenait les diagnostics de trouble anxieux généralisé, de fibromyalgie et d'encéphalomyélite myalgique/syndrome de fatigue chronique, et estimait qu'ils entraînaient des limitations non compatibles avec l'exercice de l'activité habituelle.

Le 21 février 2025, l'assurée a également transmis un rapport rédigé le 18 février 2025 par CL._____, pharmacien et docteur en médecine chinoise, qui faisait état de déséquilibres physiologiques sous-jacents et attestait que l'assurée souffrait encore d'une fatigue chronique intense, nécessitant plusieurs heures de repos après une activité cognitive ou physique modérée, de vertiges et d'instabilité (PPPD), aggravés par les stimuli visuels et les environnements stressants, de céphalées et migraine vestibulaires, de troubles digestifs, de troubles du sommeil et d'une réduction de la résilience au stress, lesquels permettaient tout au plus une capacité de travail de 30-40 % dans une activité adaptée, en télétravail et avec flexibilité.

Dans un avis du 22 avril 2025, le SMR a estimé que les rapports produits n'apportaient pas d'éléments médicaux non pris en compte lors de l'évaluation expertale. Il a notamment relevé que les médecins d'AA._____ faisaient une évaluation différente d'une même situation médicale et que CL._____ n'était pas titulaire d'un diplôme fédéral de médecin, mais d'un diplôme fédéral de pharmacien et n'était dès lors pas habilité à poser des diagnostics médicaux ni à prescrire des incapacités de travail.

Par décision du 1^{er} mai 2025, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte durablement incapacitante et que sa capacité de travail était totale dans toute activité.

Dans un courrier du même jour, faisant partie intégrante de la décision précitée, l'OAI a estimé, sur la base de l'avis du SMR, que la contestation de l'assurée n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

B. Par acte de son mandataire du 4 juin 2025, B._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens qu'elle est mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière à compter du 17 février 2023 au plus tard, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants. Elle s'est prévalu du contenu des rapports de CL._____, de la psychologue CR._____ et des Drs R._____ et L._____. Elle a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise comportant un volet de médecine interne, un volet psychiatrique, un volet neurologique et un volet ORL.

Dans sa réponse du 8 juillet 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a estimé, sur la base des avis du SMR, qu'il n'y avait rien à reprocher au rapport d'expertise.

Par réplique du 25 septembre 2025, l'assurée s'est à nouveau prévalu des rapports produits, relevant qu'il importait peu que CL. _____ ne soit pas titulaire d'un diplôme fédéral de médecin, mais de pharmacien, puisqu'il était question d'évaluer la capacité de travail exigible et que ce n'était pas le diagnostic qui était déterminant, mais ses conséquences sur la capacité de gain. Elle a fait valoir que l'Unité consilium en médecine interne générale d'AA. _____ était la structure la mieux à même d'émettre une appréciation d'ordre médical et assécurologique sur une pathologie telle que celle présentée, tandis que les centres d'expertises ne s'étaient toujours pas dotés d'experts compétents en matière d'encéphalomyélite myalgique. Elle a produit un nouveau rapport établi le 5 août 2025 par les Drs R. _____ et L. _____, qui estimaient que les incapacités de travail attestées les dernières années en lien avec des limitations fonctionnelles majeures, décrites dans leurs rapports ainsi que ceux du Dr V. _____, de Mme CR. _____, de la Dre P. _____, du Dr BR. _____ et des autres spécialistes, devaient être prises en considération et que les troubles fonctionnels, associés aux pathologies somatiques et psychiatriques décrites dans le dossier, limitaient l'assurée dans ses activités personnelles et professionnelles, comme documenté par les éléments de la mini-CIF-APP détaillés dans ces rapports. L'assurée a également produit une attestation de la Dre P. _____ du 2 juin 2025, selon laquelle son incapacité de travail était totale.

Dans sa duplique du 23 octobre 2025, l'OAI a maintenu sa position, estimant que les rapports produits n'apportaient aucun élément nouveau.

En droit :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant

le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de la nouvelle demande de prestations qu'elle a déposée le 17 août 2022.

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

b) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

Si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente

que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi (art. 29^{bis} RAI).

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

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

c) 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).

5. a) En l'occurrence, la recourante s'est vu allouer une rente d'invalidité entière temporaire du 1^{er} septembre 2020 au 31 mai 2021, en raison d'une totale incapacité de travail en toutes activités due à des vertiges chroniques multifactoriels sur une dysfonction vestibulaire et des étourdissements posturaux-perceptifs persistants, comportant une composante de migraine vestibulaire (avec aura) et une hypotension artérielle orthostatique. Les experts E._____ et BD._____ ont conclu à la récupération d'une pleine capacité de travail dès le 1^{er} mars 2021 (rapport du 30 novembre 2020) et l'assurée a effectivement pu reprendre un nouveau travail dès le 1^{er} avril 2021 en tant que consultante LPP junior à 80 % auprès de BG._____ AG. Cet emploi a pris fin le 14 juin 2021. Après quelques mois de chômage (cf. son extrait de compte individuel à l'AVS), l'assurée a été engagée le 1^{er} novembre 2021 comme « client manager » par I._____ SA à 80 %, activité dans laquelle elle s'est retrouvée en totale incapacité de travail dès le 19 avril 2022.

Ses médecins traitants ont alors posé le diagnostic de syndrome de fatigue chronique - encéphalomyélite myalgique, à côté de celui de PPPD, lequel a récidivé dans le cadre d'une fatigue générale au repos et à l'effort (rapports du Dr BR._____ des 19 août 2022, 13 janvier et 20 mars 2023 ; courriel du 31 août 2022 et rapport du 28 novembre 2022 du Dr BM._____ ; rapport du Dr BN._____ du 6 septembre 2022 ; rapport de la Dre P._____ du 18 septembre 2023).

Dans son rapport du 19 août 2022, le Dr BR._____ cite l'ensemble des symptômes présentés par l'assurée, à savoir des douleurs dans les bras depuis 2015, au début discontinues, puis qui se sont étendues aux épaules, aux genoux, aux cuisses, aux membres supérieurs et aux mâchoires, avec la présence de céphalées. Il précise que le diagnostic de fibromyalgie qui a été posé lui semble cohérent, mais que celui-ci ne prend toutefois pas suffisamment en considération la fatigabilité à l'effort, contrairement au syndrome de fatigue chronique. Il fonde ce diagnostic sur la base des critères listés dans l'Abrégé du « consensus canadien » sur l'EM/SFC (extrait traduit de *Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome : Clinical Working Case Definition, Diagnostic and Treatment Protocols* » [A Consensus Document], *Journal of Chronic Fatigue Syndrome*, vol. 11(1), p. 7-115, 2003). Il constate ainsi que la recourante remplit les critères de fatigue, de malaise et/ou fatigue après effort, de troubles du sommeil, de douleur s'accompagnant souvent de maux de tête et qu'elle présente, comme manifestations neurologiques et cognitives, des troubles de la concentration, une instabilité spatiale ou une désorientation, une ataxie, une faiblesse musculaire, des fasciculations, ainsi qu'une hypersensibilité au bruit et une surcharge émotionnelle pouvant mener à des épisodes asthéniques. S'agissant des autres manifestations, il cite, au niveau du système nerveux autonome, une intolérance orthostatique, un syndrome de l'intestin et du côlon irritable, des palpitations et une dyspnée à l'effort, comme manifestations neuroendocriniennes, des extrémités froides, une intolérance aux températures extrêmes, une perte de la faculté d'adaptation et une aggravation des symptômes en période de stress, et comme manifestations immunitaires, une allergie aux médicaments. Finalement, il constate que la maladie a persisté pendant au moins six mois.

Le Dr BR._____ mentionne, comme cela figure d'ailleurs dans l'Abrégé du « consensus canadien », que les diagnostics de fibromyalgie, d'EM/SFC, de syndrome de l'intestin irritable et de PPPD ne s'excluent pas, et que l'atteinte la plus invalidante reste l'EM/SFC, qui inclut d'ailleurs les symptômes des autres diagnostics.

Le diagnostic d'EM/SFC a ensuite été confirmé dans un rapport du 5 mai 2023 des Drs R._____ et L._____, médecins auprès d'AA._____, centre proposant une consultation interdisciplinaire de deuxième avis en médecine interne générale, nommée « consilium », qui reçoit les patients adressés par leur médecin traitant pour un avis d'expert en lien avec cette pathologie (cf. réponse du Conseil d'Etat du 26 avril 2023 à l'interpellation Alberto Mocchi et consorts - Pour une réelle prise en compte de l'encéphalomyélite myalgique). Les Drs L._____ et R._____ ont posé le diagnostic de fatigue chronique d'origine multifactorielle, dans un contexte de PPPD, avec une composante de migraine avec aura/migraine vestibulaire, avec une notion de trouble anxieux, ainsi qu'une symptomatologie fonctionnelle digestive, neurologique, ORL, ostéo-articulaire et liée au sommeil pour laquelle un diagnostic différentiel de troubles somatoformes indifférenciés était posé, et avec une notion anamnestique d'une vaccination contre le Covid-19 en décembre 2022, puis d'une infection à Covid-19 en janvier 2023 qui a aggravé encore plus les symptômes. Ils ont noté que les critères du syndrome de fatigue chronique IOM 2015 étaient remplis, sans préciser quels étaient ces critères.

Sur le plan psychique, le Dr BR._____ évoque, dans son rapport du 20 mars 2023, une éventuelle dépression et une anxiété fluctuante depuis 2006. La Dre P._____ fait état de troubles anxieux avec comme diagnostic différentiel des troubles somatoformes indifférenciés (rapport du 18 septembre 2023). Le Dr CB._____ pose les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) et de trouble panique (anxiété épisodique paroxystique ; F41.0) présents depuis 2018, tout en confirmant l'existence d'un syndrome de fatigue post-virale et d'une fibromyalgie (rapport du 14 août 2023). Quant au Dr V._____, il avait retenu, en 2020, la présence d'un trouble somatoforme indifférencié (F45.1), décrit par le PPPD, et d'un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) depuis 2018 (rapport du 19 septembre 2023).

Au niveau somatique, les médecins traitants ont attesté d'une luxation méniscale antérieure réductible de l'articulation temporo-mandibulaire droite, de dysfonctionnement des muscles de la mastication

des deux côtés et de probable *clenching* ou bruxisme (rapport du Dr BJ._____ du 31 juillet 2022 ; rapport des Drs L._____ et R._____ du 5 mai 2023).

b) Dans son avis du 2 octobre 2023, le SMR a constaté que les rapports au dossier décrivaient un syndrome de fatigue chronique, un trouble somatoforme, des douleurs diffuses ainsi que des vertiges sans cause ORL retrouvée et a estimé nécessaire d'avoir une évaluation objective de la situation avec une analyse des ressources mobilisables. Dans cet avis, le SMR retient de manière erronée que le syndrome de fatigue chronique post-virale ferait suite à une maladie de Lyme. Tel n'a cependant jamais été évoqué par les médecins traitants. S'il est vrai qu'une telle infection a été envisagée, la sérologie effectuée s'est révélée négative (rapport du 22 novembre 2019 de la Dre J._____) et, contrairement à ce que mentionne le SMR (avis des 11 juillet et 2 octobre 2023), le Dr BR._____ n'a jamais conclu à une encéphalomyélite myalgique avec un syndrome de fatigue chronique « après Lyme ». La recourante a explicitement relevé cette erreur dans ses courriers des 2 octobre et 3 novembre 2023, sans réaction de la part de l'OAI.

Après avoir sollicité une expertise comprenant un volet ORL, l'OAI y a finalement renoncé, en date du 10 juin 2024, aucun centre d'expertise n'ayant pu être trouvé jusqu'alors. Le SMR a estimé que la discipline ORL n'était pas indispensable à la bonne appréciation de la situation et que l'examen des troubles en oto-rhino-laryngologie pouvait être réalisé par un médecin interniste.

c) Dans leur rapport du 19 décembre 2024, les experts du CD._____ ont conclu à l'absence de tout diagnostic incapacitant et à la présence des diagnostics sans effet sur la capacité de travail de céphalées de type mixte, de syndrome de douleurs chroniques d'origine indéterminée, de luxation méniscale antérieure réductible de l'articulation temporo-mandibulaire droite avec dysfonctionnement des muscles de la mastication des deux côtés et probable *clenching* ou bruxisme. Ils ont en outre relevé une accentuation de certains traits de personnalité de type anxieux.

Chaque expert a eu connaissance du dossier complet, a recueilli l'anamnèse de la recourante et ses plaintes, puis a procédé à un examen clinique dans son domaine de compétences. La motivation, la cohérence et le caractère convaincant de chacune des appréciations faites par les experts divergent grandement en fonction des spécialités, si bien que les différentes parties de cette expertise vont être examinées séparément ci-après, s'agissant de leur valeur probante.

aa) Le volet de médecine interne ne saurait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il faut premièrement constater qu'il ne contient absolument aucune évaluation médicale, mais uniquement un résumé de l'histoire médicale de l'assurée et de ses plaintes (expertise pp. 26-27). La motivation des diagnostics retenus sur le plan de la médecine interne figure, de manière surprenante, uniquement dans l'évaluation consensuelle. L'experte de médecine interne ne mentionne pas du tout le diagnostic d'EM/SFC dans son évaluation médicale alors que l'expertise avait précisément pour but de se prononcer notamment sur l'existence d'un tel syndrome, comme cela ressort de l'avis du SMR du 2 octobre 2023. La Dre BF._____ retient que la fatigue, qu'elle n'a pas observée, n'est expliquée par aucune atteinte somatique de type cancer, maladie auto-immune ou post-virale, puisque l'incapacité de travail a débuté en septembre 2019, soit six mois avant la pandémie de SARS-Cov-2 et qu'il y a jamais eu la preuve d'une maladie de Lyme. Elle semble ainsi exclure l'existence d'un syndrome de fatigue chronique uniquement du fait qu'il n'y a pas eu d'infection virale spécifique ou d'atteinte somatique spécifique. Or, il ne ressort pas des critères établis par l'Abrégé canadien sur l'EM/SFC auquel se réfère le Dr BR._____ qu'une infection virale soit requise pour poser un tel diagnostic. La Dre BF._____ n'indique ni pour quelle raison il n'y aurait pas lieu de suivre les critères précités, ni ne mentionne une autre référence médicale qui exigerait l'existence d'une infection virale pour retenir le diagnostic d'EM/SFC. On ne peut que regretter qu'elle écarte tout diagnostic en lien avec la fatigue en seulement quatre lignes, sans prendre la peine de confronter son appréciation à celle des médecins traitants, et en particulier celles du Dr BR._____ et des médecins d'AA._____, alors qu'il s'agit

pourtant d'un des réquisits pour qu'une expertise puisse être considérée comme probante. Quant à l'absence de fatigue observée en cours d'examen, s'il s'agit effectivement d'un élément à prendre en compte dans l'évaluation, les Drs R._____ et L._____ relèvent, dans leur rapport du 14 février 2025, que dans le contexte du SFC, la fatigue ou le « crash » apparaissent souvent à distance des efforts, même minimes, parfois 24-72 heures plus tard, si bien qu'il aurait été nécessaire, à les suivre, d'avoir une évaluation beaucoup plus précise et détaillée sur ce point.

De leur côté, les rapports des médecins traitants ne sont pas suffisamment complets et motivés pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Les rapports du Dr BR._____ ne contiennent notamment pas d'évaluation de la capacité de travail au regard des indicateurs applicables en présence d'une atteinte non objectivable (consid. 4c *supra*). Le rapport d'AA._____ du 5 mai 2023, signé uniquement du Dr L._____, avec la mention que le Dr R._____ était absent à la signature, mentionne une consultation de consilium le 23 janvier 2023, suivie d'une consultation consilium téléphonique le 5 mai 2023 et une discussion de la situation au colloque consilium AA._____. On ignore cependant le nom de l'ensemble des médecins intervenus dans ce consilium, alors que le rapport se prononce sur des atteintes relevant à la fois de la médecine interne, de la neurologie, de la psychiatrie et de l'oto-rhino-laryngologie (cf. également à cet égard les avis du SMR des 11 juillet et 2 octobre 2023). En outre, comme déjà mentionné plus haut, les Drs R._____ et L._____ ne détaillent pas les critères du diagnostic de syndrome de fatigue chronique qu'ils retiennent. Quant au rapport de CL._____, il faut souligner, comme l'a fait le SMR (avis du 22 avril 2025), que ce dernier n'est pas médecin si bien que son appréciation ne saurait, dans le présent contexte, se voir attribuer une pleine valeur probante.

Il apparaît dès lors indispensable d'obtenir une véritable évaluation de la situation de santé de la recourante par un expert de médecine interne qui se prononce, de manière motivée et détaillée, sur l'existence ou non d'une encéphalomyélite myalgique/d'un syndrome de fatigue chronique, atteinte qui semble, aux yeux des médecins traitants,

expliquer une grande partie, voire l'ensemble de la symptomatologie présentée par la recourante.

bb) L'OAI et le SMR ont finalement renoncé à solliciter un volet d'expertise ORL, estimant que les troubles de cet ordre pourraient être examinés dans le cadre de la médecine interne. Les experts ne se sont toutefois pas réellement prononcés sur le PPPD présenté par l'assurée, quand bien même ils ne remettent pas en question ce diagnostic. L'experte de médecine interne constate que le test de Schellong ne met pas en évidence d'hypotension artérielle orthostatique mesurée et qu'il est asymptomatique avec, au contraire, une bonne et rapide adaptation tensionnelle à la station debout, étant également précisé que l'assurée n'a pas mentionné de vertige au lever (expertise pp. 10 et 25). L'experte relève que les vertiges ont été explorés par des spécialistes ORL qui ont conclu à un PPPD d'origine multifactorielle avec des composantes migraineuse, tensionnelle et fonctionnelle et que la rééducation vestibulaire a apporté une bonne amélioration de la symptomatologie (expertise p. 10). Elle ne mentionne cependant pas la récurrence des vertiges et des troubles de l'équilibre liés à la perception dont le Dr BN._____ fait état dans son rapport du 6 septembre 2022. Au final, il n'apparaît pas clair si elle a inclus ou non cette atteinte dans son analyse puisqu'elle ne la mentionne ni parmi les diagnostics incapacitants, ni parmi les diagnostics non incapacitants. De son côté, l'expert neurologue retient le diagnostic de vertiges chronique d'origine multifactorielle sur dysfonction vestibulaire, étourdissements posturaux-perceptifs persistants, composante de migraine vestibulaire et hypotension artérielle orthostatique en tant que comorbidité (expertise p. 37), sans toutefois se prononcer directement sur cette atteinte, dans la mesure où il relève que la problématique vertigineuse n'est pas le reflet d'une atteinte neurologique sous-jacente, en dehors de la composante migraineuse (expertise p. 41).

Dans leur rapport du 14 février 2025, les Drs R._____ et L._____ mentionnent que les vertiges, sous forme de PPPD, ont limité et semblent encore limiter l'assurée. Ils constatent que les experts du CD._____ n'ont pas inclus dans l'expertise de volet ORL/otoneurologique

avec des examens fonctionnels ORL, lesquels auraient permis d'objectiver et d'apprécier mieux ces limitations.

Il convient par ailleurs de rappeler que les experts du BC._____ avaient reconnu, en lien avec les vertiges présentés par l'assurée, l'existence d'une totale incapacité de travail en toutes activités au moment de leur examen avant la récupération progressive d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Or les experts du CD._____ omettent totalement cet élément dans leur appréciation et concluent à l'existence d'une totale capacité de travail en toutes activités depuis toujours sans exposer pourquoi ils s'écartent de l'évaluation de leurs confrères du BC._____.

Dans la mesure où le diagnostic de PPPD n'est pas écarté par les experts, qu'il a précédemment justifié une totale incapacité de travail attestée par le BC._____ et l'octroi d'une rente temporaire, et qu'il est désormais, selon les médecins traitants, en lien avec l'EM/SFC dans le cadre duquel il a récidivé, la réalisation d'un volet d'expertise ORL s'avère nécessaire, les seules considérations figurant dans l'expertise au sujet de cette atteinte n'apparaissant manifestement pas suffisantes.

cc) L'appréciation de l'expert neurologue, prise en pleine connaissance de l'anamnèse et des plaintes de la recourante, est quant à elle motivée et convaincante. C'est à l'issue de son examen clinique complet et après avoir pris en compte les rapports de la neurologue traitante et les bilans ORL réalisés que le Dr CF._____ a conclu que la problématique vertigineuse n'était pas le reflet d'une atteinte neurologique sous-jacente (expertise p. 41). Il s'est prononcé dans le détail sur les céphalées présentées par la recourante en se référant à la classification internationale des céphalées et a conclu que celle-ci présentait des céphalées d'origine mixte. Il a constaté que l'assurée souffrait de telles céphalées depuis l'âge de 20 ans et qu'elles n'avaient par conséquent pas de caractère incapacitant puisqu'elles n'avaient pas interféré de façon majeure avec son parcours professionnel. Il admettait tout au plus un

absentéisme occasionnel, lors des accès migraineux particulièrement intenses (expertise pp. 40-41).

Le Dr CF. _____ se prononce aussi de manière détaillée sur la fatigue, qu'il n'a pas observée et qui ne ressort pas non plus du bilan neuropsychologique, et pour laquelle aucune explication neurologique n'a pu être retrouvée. Il fait mention du diagnostic d'EM/SFC et relève que ce dernier partage de nombreuses caractéristiques avec la fibromyalgie, mais ne se prononce pas davantage au motif que ces atteintes sortent du domaine de compétence du neurologue (expertise pp. 41-41).

Les conclusions de l'expert concordent finalement avec celles de la Dre J. _____, qui n'avait décelé aucune anomalie neurologique lors des examens pratiqués en 2019 (rapport du 4 mai 2020).

dd) Le volet rhumatologique est également de bonne facture. Le Dr S. _____ a recueilli une anamnèse complète et les plaintes de l'assurée, puis a procédé à un examen clinique détaillé. Il s'est également référé aux imageries réalisées. Il n'a pas retrouvé le status après tassements vertébraux liés à de multiples chutes de cheval et écarte le diagnostic de fibromyalgie au motif que la recourante n'en remplit pas les critères, lesquels sont détaillés en fin d'expertise (cf. p. 76). On peut relever à cet égard que ce diagnostic a régulièrement été avancé, notamment en lien avec celui d'EM/SFC, mais on ne retrouve pas dans le dossier de l'assurée de rapport médical dans lequel le diagnostic de fibromyalgie est formellement posé, en application des critères reconnus pour cette maladie.

L'expert rhumatologue a retenu les diagnostics non-incapacitants de syndrome de douleurs chroniques d'origine indéterminée et de luxation méniscale antérieure réductible de l'articulation temporo-mandibulaire droite, de dysfonctionnement des muscles de la mastication des deux côtés, avec un probable *clenching* ou bruxisme, se référant à cet égard aux conclusions du Dr BJ. _____ (rapport du 31 juillet 2022).

S'agissant de la problématique aux mâchoires, il faut constater que, dans leur rapport du 5 mai 2023, les Drs R._____ et L._____ ont classé cette atteinte parmi les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail, mais sans aucunement motiver ce choix. Il ressort toutefois de l'expertise que deux infiltrations ont été pratiquées pour diminuer l'inflammation (expertise p. 53) et qu'une gouttière a été ordonnée, laquelle semblait avoir également amélioré les douleurs au niveau des trapèzes (expertise p. 45). Le caractère non incapacitant de cette atteinte retenu par l'expert rhumatologue paraît par conséquent tout à fait convaincant, d'autant plus que la recourante n'a pas émis de plaintes à cet égard (expertise p. 46).

Le Dr S._____ arrive à la conclusion, à l'instar du Dr BD._____ (expertise du BC._____ p. 10), que les douleurs présentées par la recourante ne sont pas liées à une pathologie rhumatologique objectivable, relevant que « les données anamnestiques ne retrouvent pas de corrélation avec [son] examen clinique » (expertise p. 54), et retient par conséquent le diagnostic de syndrome de douleurs chroniques d'origine indéterminée (R52.2) pour tenir compte des douleurs présentes. De même, dans le certificat qu'il a établi le 28 novembre 2022, il faut constater que le Dr BM._____ ne retient pas non plus d'atteinte rhumatologique, mais fait état d'un syndrome douloureux chronique, d'un syndrome de fatigue chronique et d'un sommeil perturbé. L'expert rhumatologue estime que le syndrome de douleurs chroniques n'est pas incapacitant, relevant notamment que les douleurs sont soulagées par l'administration d'antalgiques de palier 1 et 2, administrés à une posologie modeste, et par l'acupuncture et les compléments alimentaires (expertise p. 54).

ee) Au niveau psychiatrique, le Dr CG._____ arrive à la conclusion, à l'instar du Dr E._____ lors de l'expertise du BC._____, que la recourante ne présente pas de diagnostic incapacitant. Il retient uniquement une accentuation de certains traits de personnalité de type anxieux, mais qui n'a pas été d'une intensité telle qu'elle aurait entravé le fonctionnement de l'assurée dans les différents domaines de l'existence depuis l'âge adulte jeune. L'expert psychiatrie prend ainsi en compte les

troubles anxieux relevés par les Drs BR._____, DD._____, P._____ et V._____ (dans leurs rapports respectifs des 20 mars, 14 août, 18 septembre et 19 septembre 2023). Il écarte en revanche un trouble dépressif pour les raisons suivantes (expertise pp. 65-66) :

« Aucun signe d'humeur dépressive n'a été observé, notamment aucune crise de larmes. Elle a pu ponctuellement être au bord des larmes lorsqu'elle a évoqué sa vie passée et les conséquences de sa maladie. L'expression faciale est vivante, modérée et appropriée, tout comme le ton de sa voix, qui suit le discours, qui n'est pas toujours d'expression négative. Elle est à plusieurs reprises souriante, elle est aussi accessible à l'humour. Nous n'avons pas constaté de signe de fatigue ou de fatigabilité au jour et sur la durée de l'examen. Le niveau d'énergie est resté constant, il n'y a pas eu d'augmentation progressive du temps de réponse, ni d'affaissement de la posture, ni de réduction de la fréquence ou de l'intensité des gestes spontanés. À certains moments, son visage et sa gestuelle ont montré du plaisir dans certaines circonstances, notamment lorsqu'elle écoute de la musique ou qu'elle lit. Son attention et sa concentration sont restées stables et de bonne qualité pendant l'examen. Son attitude vis-à-vis de l'examineur n'a pas révélé de signes d'auto-dévalorisation ou de sentiment d'infériorité au sens pathologique des termes. Ce qu'elle ressent, vis-à-vis du poids qu'elle constitue pour ses proches, ne s'apparente[...] pas à des idées dépressives de culpabilité. Son expression faciale et son attitude se sont animées positivement lorsqu'elle a été interrogée sur sa vision de l'avenir, et en particulier lorsqu'elle évoque d'éventuels projets professionnels. Elle exprime de manière convaincante l'espoir qu'elle conserve d'aller mieux un jour. Aucun signe d'insomnie n'a été relevé, pas de fluctuation de la vigilance ni de bâillements. Elle ne présente aucune scarification ni autre séquelle visible pouvant indiquer une tentative récente d'automutilation. »

L'expert psychiatre expose de manière convaincante les raisons pour lesquelles il ne retient pas de trouble somatoforme. Il relève ainsi que les douleurs peuvent, dans certaines conditions, disparaître et répondre notamment au Tramadol. Il constate qu'il n'y a eu, à aucun moment, recours à de multiples spécialistes ou à des explorations complémentaires répétées, que l'assurée a consulté pendant un an un médecin spécialiste de la fibromyalgie et qu'elle a simplement demandé un second avis, afin de confirmer le diagnostic. La douleur ne fait plus actuellement l'objet d'un quelconque suivi médical, son médecin traitant reconduisant les ordonnances. Il relève que la recourante n'a pas mis en œuvre de stratégies pour qu'il constate à tout prix les symptômes, bien qu'elle les dise présents au jour de l'examen. L'expert psychiatre n'a pas constaté de signes objectivables en rapport avec la douleur. Il n'a pas non plus observé de

sentiment de détresse qui soit rapporté ou exprimé, l'assurée évoquant plutôt un sentiment de colère et de frustration devant l'absence de stratégie thérapeutique efficace, en particulier pour ce qui est de la fatigue, tout en conservant l'espoir de guérir un jour (expertise pp. 69-70).

Le Dr CG. _____ se prononce en outre sur les appréciations des autres médecins psychiatres que la recourante a vus. Il relève que son analyse concorde avec celle du Dr E. _____, dans le sens notamment de l'absence d'un trouble mixte anxieux et dépressif. Il explique que l'accentuation de certains traits de personnalité anxieuse peut parfois être quiescente et que le fait qu'elle n'ait pas été relevée par le Dr E. _____ ne l'exclut pas. Par rapport au Dr CB. _____, le Dr CG. _____ fait remarquer que le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte évoluant depuis 2018 qu'il retient n'est pas compatible avec la reprise d'une activité professionnelle durant laquelle l'assurée ne s'est pas plainte de tels troubles. En ce qui concerne le trouble panique retenu par le Dr CB. _____, l'expert psychiatre expose que l'assurée rapporte des manifestations anxieuses à type de fond continu avec quelques paroxysmes, mais qui n'atteignent pas l'intensité d'un processus envahissant, et qu'elle n'a notamment pas de pensées telles que la peur de mourir, de devenir folle ou de perdre le contrôle et qu'elle ne présente pas d'anxiété anticipatoire. Il mentionne en outre que l'estimation de la capacité de travail faite par le Dr CB. _____ semble se fonder en grande partie sur des plaintes d'ordre somatique telles que les sensations de brûlure, les engourdissements, les douleurs articulaires sans effort et la fatigue marquée, qui ne relèvent pas de la psychiatrie. Pour ce qui concerne le rapport du Dr V. _____, le Dr CG. _____ se réfère aux remarques précitées relatives au trouble anxieux et dépressif mixte et rappelle avoir exposé les raisons pour lesquelles il ne retient pas de trouble somatoforme (expertise p. 70). Finalement, il convient de relever que le rapport de la psychologue CR. _____ du 14 février 2025 n'apporte pas d'éléments médicaux nouveaux, que le Dr CG. _____ n'aurait pas pris en compte.

L'expert psychiatre conclut ainsi à l'absence de toute limitation d'ordre psychiatrique. Il indique que ses constatations objectives sont

concordantes avec les plaintes de l'expertisée, à l'exception de la fatigue que celle-ci estime, sur le moment, à 6 sur 10, alors qu'il n'en constate pas de signe. Il mentionne que l'absence de traitement psychotrope va aussi dans le sens de ses constatations et conclusions en termes d'absence de diagnostic limitant ou incapacitant d'ordre psychique. Il se réfère aux tests neuropsychologiques effectués dans le cadre de l'expertise (rapport pp. 79ss) qui ont mis en évidence des incohérences entre les plaintes de l'assurée et les mesures objectives des performances. Il relève en particulier l'échec à six mesures indépendantes de validité des performances et le fait que la neuropsychologue n'a pas non plus constaté de fatigue ou de fatigabilité (expertise p. 72).

L'expert psychiatre fait par ailleurs état, sur la base des analyses biologiques qu'il a fait réaliser, d'une consommation excessive d'alcool, supérieure à celle rapportée par l'assurée, mais ne retient pas de trouble en lien avec celle-ci en l'absence de signes en faveur d'une quelconque mauvaise tolérance de cette consommation et de toute répercussion dans les différents domaines de la vie selon l'anamnèse (expertise p. 72).

L'appréciation du Dr CG._____, très détaillée et bien motivée, apparaît tout à fait convaincante et peut dès lors se voir reconnaître une pleine valeur probante.

d) Il résulte de ce qui précède que l'expertise réalisée par le CD._____ ne peut être suivie qu'en partie. Si les volets neurologiques, rhumatologiques et psychiatriques peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante, tel n'est pas le cas de celui de médecine interne et la réalisation d'un volet ORL apparaît nécessaire.

L'instruction médicale se révèle dès lors insuffisante et il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'OAI, à qui il appartient en premier lieu d'instruire, afin qu'il mette en œuvre une expertise complémentaire avec, à tout le moins, un volet de médecine interne et un volet ORL. Dans la mesure où, sur le plan rhumatologique, le Dr S._____

a conclu à la présence d'un syndrome de douleurs chroniques d'origine indéterminée (R52.2), soit un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, il y aura lieu d'intégrer l'aspect rhumatologique à l'évaluation consensuelle à laquelle les experts de médecine interne et ORL devront procéder (cf. TF 8C_286/2024 du 4 février 2025 consid. 7). Il est à cet égard possible que les experts précités prennent contact avec le Dr S._____ à cet effet, pour autant que celui-ci exerce toujours, ou alors il est loisible à l'OAI de directement mettre en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire, comprenant un volet de médecine interne, un volet ORL et un volet rhumatologique. L'intimé demeure par ailleurs libre d'y adjoindre d'autres spécialités médicales qu'il jugerait utile. Il appartiendra aux experts de se déterminer notamment sur l'existence ou non d'une encéphalomyélite myalgique/d'un syndrome de fatigue chronique, ainsi que sur la persistance ou non d'un PPPD et, dans l'affirmative, d'apprécier le caractère incapacitant de ces atteintes au regard des indicateurs jurisprudentiels applicables, en tenant également compte des douleurs chroniques constatées sur le plan rhumatologique.

6. a) Le recours est par conséquent admis et la décision litigieuse annulée. La cause est renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGa). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 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 la partie intimée.

**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 1^{er} mai 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter, pour B._____,
- OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :