

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 avril 2024

---

Composition : M. PARRONE, président  
MM. Piguet et Wiedler, juges  
Greffière : Mme Vulliamy

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 et 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** X.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], célibataire et sans enfant, a effectué un apprentissage de vendeuse, puis d'employée de commerce et travaillait en tant que secrétaire à l'Hôpital [...] 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'OAI 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 L.\_\_\_\_\_, 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 L.\_\_\_\_\_ 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'OAI 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'OAI 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.** Par courrier du 11 mars 2019, S.\_\_\_\_\_ SA, assurance perte de gain, a transmis à l'OAI une copie de son dossier comprenant notamment un rapport du 3 décembre 2018 du Dr Z.\_\_\_\_\_, 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'OAI 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'OAI, l'assurée a souffert d'une encéphalite auto-immune nécessitant trois semaines d'hospitalisation et de passer cinq semaines à l'Institution J.\_\_\_\_\_.

Il ressort d'un entretien téléphonique du 7 août 2019 avec une collaboratrice de l'OAI 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'OAI 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'OAI s'est vu remettre une copie du dossier d'S. \_\_\_\_\_ SA comprenant notamment deux rapports du Dr Z. \_\_\_\_\_ 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 difficulté de planification et de troubles de la concentration. Dans son rapport du 11 décembre 2019, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a précisé que l'évolution était lentement favorable sous traitement de CellCept.

Dans un rapport du 9 avril 2020 adressé à l'OAI, le Dr Z. \_\_\_\_\_ 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 G. \_\_\_\_\_, 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'OAI, le Dr Z.\_\_\_\_\_ 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 Z.\_\_\_\_\_ attestant une totale incapacité de travail du 4 octobre 2018 au 31 juillet 2020.

Dans un rapport du 20 août 2020, le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin hospitalier auprès de l'Unité Cérébrovasculaire de l'Hôpital de [...], 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 W.\_\_\_\_\_ 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 W.\_\_\_\_\_ 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'OAI, le Dr V.\_\_\_\_\_, 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 G.\_\_\_\_\_ a adressé un rapport à l'OAI 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 Dr F.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), l'Institution J.\_\_\_\_\_ et la Clinique N.\_\_\_\_\_ ont transmis, les 18 et 19 novembre 2020, les rapports suivants :

- un rapport du 19 mars 2019 de la psychologue spécialisée en neuropsychologie C.\_\_\_\_\_ et de la logopédiste ARLD T.\_\_\_\_\_ 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 Q.\_\_\_\_\_ de la Clinique N.\_\_\_\_\_ 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 Q.\_\_\_\_\_ 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 Dr F.\_\_\_\_\_ du 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'OAI, le Dr Z.\_\_\_\_\_ 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 Q.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'en septembre 2019, le trouble neuropsychologique était léger selon l'ASNP [Association Suisse des Neuropsychologues].

Dans un avis SMR du 3 février 2021, le Dr F.\_\_\_\_\_ 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 Dr F.\_\_\_\_\_ 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'OAI 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 Z.\_\_\_\_\_ et en indiquant ne pas pouvoir travailler en raison d'un syndrome de Churg-Strauss et d'asthme qui généraient 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 Z.\_\_\_\_\_ a adressé un rapport à l'OAI 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'OAI a interpellé le Dr Z. \_\_\_\_\_ sur le fait qu'aucun des spécialistes interrogés, à savoir les Drs V. \_\_\_\_\_, W. \_\_\_\_\_ et les services de neuropsychologie de l'Institution J. \_\_\_\_\_ et de la Clinique N. \_\_\_\_\_, 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 Z. \_\_\_\_\_ 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 Q. \_\_\_\_\_ 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 (consécutif 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 Dr F. \_\_\_\_\_ 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'OAI 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.

**C.** Par acte du 9 septembre 2021, X.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant implicitement à l'annulation de la décision. Elle a fait valoir que l'OAI 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. Elle a évoqué un rendez-vous prévu le 6 octobre 2021 auprès du Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie.

Dans sa réponse du 20 octobre 2021, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée en exposant l'absence d'aggravation de l'état de santé depuis sa décision du 13 mars 2017, la recourante disposant d'une capacité de travail de 80 % dès le 24 septembre 2019.

Le 10 décembre 2021, la recourante a transmis à la Cour de céans un bilan du 6 octobre 2021 effectué par le Dr R.\_\_\_\_\_, la neuropsychologue M.\_\_\_\_\_ et la psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP P.\_\_\_\_\_ 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 X.\_\_\_\_\_ et à fortement limiter son endurance. (...) »

Par écriture du 10 janvier 2022, l'intimé a confirmé ses conclusions et transmis un avis SMR du 5 janvier 2022 du Dr F.\_\_\_\_\_ qui retenait ce qui suit :

« Discussion : Les éléments à disposition confirment les précédentes conclusions quant à une CT exigible d'au moins 80%, l'AH de l'assurée pouvant être considérée comme nécessitant des performances neurocognitives, notamment attentionnelles, d'un niveau usuel (l'assurée n'est par exemple ni contrôleur aérien, ni pilote de locomotive). La remarque pondératrice de la neuropsychologue en fin de rapport (« L'importante fatigabilité relevée lors de l'examen ... et à fortement limiter son endurance ») ne peut être considérée, dans le contexte de cette évaluation, comme objective. Soit les ralentissements allégués en cours de tâches dévient significativement de la norme et ils sont pris en compte dans la gradation du trouble selon les critères de l'ASNP, justement édictés à des fins d'objectivité ; soit ils ne sont pas significativement présents et ne doivent donner lieu à aucune remarque surajoutée à des fins de modération. Etant donné la définition du trouble neuropsychologique léger selon ASNP (la capacité fonctionnelle n'est pas limitée au quotidien ni dans la plupart des sollicitations professionnelles. La personne se fait à peine remarquer dans son environnement social. La capacité fonctionnelle est toutefois limitée lors des tâches et activités requérant un niveau d'exigence élevé), on voit mal selon quelle cohérence la neuropsychologue peut à la fois conclure à un degré léger du trouble selon sa propre évaluation structurée et objective, et en même temps affirmer de manière strictement subjective que la fatigabilité « impacte néanmoins significativement les capacités attentionnelles de la patiente, et ce même dans des tâches ne durant que quelques minutes ».

Le 31 mai 2022, la recourante, désormais représentée par Me Duc, a déposé des déterminations et a conclu principalement à ce que la décision rendue le 11 août 2021 par l'OAI soit réformée en ce sens qu'il est condamné à lui verser une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2019 et subsidiairement à son annulation, la cause étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle a joint

un rapport du 16 mai 2022 du Dr G.\_\_\_\_\_ indiquant qu'elle 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 a 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.

Le 30 septembre 2022, la recourante a transmis un rapport du 23 septembre 2022 du Dr H.\_\_\_\_\_, 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.

Par déterminations du 12 octobre 2022, la recourante a repris les mêmes conclusions que dans son écriture du 31 mai 2022 et a transmis des rapports du 6 octobre 2021 du Dr R.\_\_\_\_\_, du 16 mai 2022 du Dr G.\_\_\_\_\_ et du 23 septembre 2022 du Dr H.\_\_\_\_\_, tous trois déjà transmis à l'appui de ses écritures des 10 décembre 2021, 31 mai et 30 septembre 2022. Elle a également produit un rapport du 6 octobre 2021 du Dr R.\_\_\_\_\_ 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.

Par écriture du 20 octobre 2022, l'intimé a maintenu sa position en relevant que les observations ressortant du rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ ne faisaient pas état d'éléments objectivement vérifiables ayant pris place dans la période qui prévalait jusqu'à la décision litigieuse.

Par observations du 9 janvier 2023, la recourante a fait valoir que 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. Elle a transmis un rapport du 5 janvier 2023 du Prof. A. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, et K. \_\_\_\_\_, respectivement médecin-chef et chef de clinique adjoint de la clinique de rhumatologie de l'Hôpital cantonal de [...], 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.

Le 31 janvier 2023, l'intimé a transmis un avis SMR du 26 janvier 2023 du Dr F. \_\_\_\_\_ selon lequel le rapport conséquent du Prof. A. \_\_\_\_\_ ne démontrait pas en quoi une fibromyalgie ou un syndrome douloureux chronique cervical et encore moins un caractère incapacitant de ces atteintes auraient été mis en évidence avant le mois d'août 2021. Il a également relevé que le fait de mentionner des diagnostics comme incapacitants sans les avoir suffisamment évalués semblait médicalement peu objectif et qu'on comprenait mal comment le Prof. A. \_\_\_\_\_ pouvait émettre des capacités de travail aussi drastiquement divergentes sans prendre en compte les performances neurocognitives objectives de la recourante et la capacité de travail associée couramment reconnue ou sans expliquer quelles autres fonctions seraient aussi significativement perturbées dans l'activité habituelle.

Le 19 avril 2023, la recourante a transmis un rapport du 12 avril 2023 du Prof. A. \_\_\_\_\_ et du Dr K. \_\_\_\_\_ répondant point par point aux arguments du Dr F. \_\_\_\_\_ et confirmant le taux d'incapacité de la recourante mentionné dans son rapport précédent, à savoir entre 40 et 50 % avec une baisse de rendement de 25 à 50 %. Ils ont relevé qu'il avait été clairement mentionné dans plusieurs évaluations neuropsychologiques objectives qu'une importante fatigabilité était susceptible d'impacter fortement ce tableau neuropsychologique.

Par courrier du 11 mai 2023, l'intimé a maintenu sa position et produit un avis du SMR du 11 mai 2023 du Dr F. \_\_\_\_\_ selon lequel le nouveau rapport produit ne permettait pas d'établir que la situation évaluée par le Prof. A. \_\_\_\_\_ était comparable à celle prise en compte dans le cadre de la décision d'août 2021 et n'apportait pas d'élément objectif nouveau et significatif se rapportant spécifiquement à la situation de la recourante qui permettait de réévaluer la situation avant août 2021. L'intimé a ainsi confirmé ses conclusions en relevant que le rapport du

Prof. A. \_\_\_\_\_ ne faisait pas état d'éléments objectivement vérifiables qui attesteraient d'une aggravation de l'état de santé de la recourante entre les décisions du 13 mars 2017 et du 11 août 2021 de nature à influencer sur l'aptitude au travail ou le droit aux prestations.

Le 23 mai 2023, la recourante a exposé que l'avis SMR précité n'apportait aucun élément nouveau qui appellerait une quelconque observation de sa part et a maintenu l'intégralité de ses conclusions.

Par courrier du 13 octobre 2023, la recourante a requis la tenue d'une audience publique qui s'est déroulée le 29 avril 2024.

### **E n d r o i t :**

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

**b)** En l'occurrence, 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 une rente d'invalidité, singulièrement sur le point de savoir si son état de santé a connu une aggravation depuis la décision de refus rendue le 13 mars 2017.

**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 d'octroi déposée par la recourante l'a été le 4 mars 2019, de sorte que le droit à la rente est antérieur à l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

**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 atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**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 [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 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 citées ; 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 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\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**c)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

**d)** Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C\_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

**e)** 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. 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).

**f)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 139 V 99 consid. 1.1 et la référence citée).

**6. a)** En l'espèce, la recourante a déposé une première demande de prestations le 14 avril 2016 en indiquant souffrir d'une déchirure du tendon de l'épaule gauche et d'arthrose des deux épaules. Si cette atteinte a, dans un premier temps, entraîné une incapacité de travail totale du 25 novembre 2015 au 31 mai 2016, la recourante a ensuite pu reprendre progressivement le travail et retrouver une pleine capacité de

travail dans son activité habituelle dès le 8 août 2016 (cf. rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ du 18 mai 2016 et rapport initial du 11 août 2016). Par décision du 13 mars 2017, l'intimé a ainsi refusé l'octroi de prestations AI à la recourante. Cette décision n'a pas été contestée et est entrée en force.

**b)** Le 4 mars 2019, la recourante a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité sur laquelle l'intimé est entré en matière. Il convient par conséquent d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force du 13 mars 2017 et la décision litigieuse du 11 août 2021, l'état de santé de la recourante s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. S'il n'est pas contesté que la recourante a souffert d'une encéphalite auto-immune en janvier 2019 (cf. rapports des Drs Z.\_\_\_\_\_ des 30 septembre et 11 décembre 2019, W.\_\_\_\_\_ des 21 janvier, 30 avril 2019 et 20 août 2020, V.\_\_\_\_\_ du 28 août 2020 et G.\_\_\_\_\_ du 24 septembre 2020), les parties divergent quant à l'influence des séquelles de cette maladie sur la capacité de travail, la recourante soutenant qu'elle est en incapacité de travail totale alors que l'intimé considère qu'une capacité de travail à 80 % peut être reconnue.

**aa)** Du point de vue pneumologique, le Dr G.\_\_\_\_\_ a indiqué, en janvier 2020, que l'évolution clinique était favorable avec correction de la plupart des signes et symptômes. Dans son rapport du 24 septembre 2020, s'il a indiqué qu'une récupération à 100 % paraissait difficile à envisager, une capacité de 40-60 % étant plus probable, il a cependant précisé que la capacité de travail était fortement dépendante des séquelles neurologiques et qu'il fallait attendre de voir l'évolution après sevrage du CellCept en 2021. Il a en outre attesté une incapacité de travail à 100 % seulement du 17 au 27 janvier 2019. Quant à un syndrome de Churg-Strauss, seuls les Drs Z.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ en ont fait mention sans toutefois étayer leur appréciation, ni indiquer en quoi ce diagnostic aurait une influence sur la capacité de travail de la recourante (cf. rapports de janvier 2020, du 9 avril 2020 et du 19 janvier 2021). Dans son rapport de janvier 2020, le Dr G.\_\_\_\_\_ a d'ailleurs précisé que si le syndrome de Churg-Strauss permettait de réunir toutes les atteintes, tous

les critères de ce syndrome n'étaient toutefois pas remplis. Dans son rapport du 16 mai 2022, il a mentionné les diagnostics de sinusite et d'asthme bronchique sans toutefois se prononcer sur la capacité de travail.

**bb)** Au niveau rhumatologique, aucune pièce au dossier n'a fait état d'une telle composante jusqu'au rapport des Prof. A.\_\_\_\_\_ et Dr K.\_\_\_\_\_. Si leur rapport du 5 janvier 2023 peut être pris en compte (cf. consid. 5e *supra*), il faut constater qu'ils ont posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de granulomatose éosinophilique avec polyangéite (EGPA, anciennement syndrome de Churg-Strauss) tout en précisant que cette maladie apparaissait cliniquement sans symptômes ou signe flagrant d'activité avec contrôle biologique relativement satisfaisant sans impact immédiat sur les limitations fonctionnelles.

**cc)** Sur le plan psychiatrique, si l'état dépressif de la recourante était considéré comme traité en janvier 2019 (cf. rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ du 21 janvier 2019), force est de constater que l'état psychique de la recourante a connu une nette aggravation comme cela ressort du rapport du 23 septembre 2022 du Dr H.\_\_\_\_\_. Celui-ci a en effet posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) semblant évoluer depuis plusieurs mois. En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, le Dr H.\_\_\_\_\_ a retenu 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 de la proactivité. Il a indiqué que, 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.

**dd)** Du point de vue neuropsychologique, il ressort des rapports des 19 mars et 4 juillet 2019 des psychologues C.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ la persistance d'une fatigue et d'une fatigabilité. Dans son

rapport du 16 juillet 2021, la psychologue Q.\_\_\_\_\_ a indiqué une fatigabilité plus marquée au cours de l'examen et des difficultés cognitives accrues dans ce contexte. La problématique d'une grande fatigue/fatigabilité a non seulement été mentionnée par les psychologues ayant suivi la recourante mais également par l'ensemble des médecins l'ayant traitée qui ont également relevé des troubles de la concentration, notamment les Drs Z.\_\_\_\_\_ (cf. rapports des 30 septembre, 11 décembre 2019, 9 avril 2020, 22 juillet 2020, 19 janvier, 4 mai et 10 juin 2021), W.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 15 janvier 2020) et V.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 28 août 2020). La recourante a produit, dans le cadre de son recours, différents rapports dont notamment un rapport du Dr R.\_\_\_\_\_, de la neuropsychologue M.\_\_\_\_\_ et de la psychologue P.\_\_\_\_\_ du 6 octobre 2021 dans lequel il a été constaté que l'importante fatigabilité relevée lors de l'examen impactait significativement les capacités attentionnelles de la recourante et que cette altération était de nature à compromettre la qualité des tâches effectuées par celle-ci et à fortement diminuer son endurance. Le Dr G.\_\_\_\_\_ a, dans son rapport du 16 mai 2022, relevé que l'atteinte cérébrale dont la recourante avait été victime en 2019 avait entraîné des séquelles neuropsychologiques, une fatigue chronique importante ainsi qu'une fatigabilité tant physique qu'intellectuelle à l'effort. Enfin, le Prof. A.\_\_\_\_\_ et le Dr K.\_\_\_\_\_ ont, dans leurs rapports des 5 janvier et 19 avril 2023, indiqué 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.

**c)** Au vu de ce qui précède, force est de constater que si d'un point de vue rhumatologique et pneumologique la situation est claire, tel n'est pas le cas du point de vue neuropsychologique. Les divers médecins de la recourante ont tous rapporté une importante fatigabilité et des troubles de la concentration qui n'ont cependant pas fait l'objet d'un examen consciencieux de la part du SMR. En effet, le Dr F.\_\_\_\_\_ s'est 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 Z. \_\_\_\_\_ n'est, 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'est absolument pas justifié, ni motivé. A cet égard, on relèvera que si le Dr F. \_\_\_\_\_ 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 a ensuite retenu une diminution de la capacité de travail de 20 % en se basant uniquement sur un rapport du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 19 janvier 2021 attestant pourtant une totale incapacité de travail et sur un simple retour de courrier de la psychologue Q. \_\_\_\_\_ 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 peut être suivi. En outre, on relèvera que le Dr F. \_\_\_\_\_ s'est 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 Z. \_\_\_\_\_ 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 Q. \_\_\_\_\_ a, 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'ajoute que l'état de santé psychique de la recourante semble avoir connu une nette aggravation depuis août 2022 (cf. rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ du 23 septembre 2022).

**d)** Par conséquent, 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, l'instruction doit être complétée. Il convient de renvoyer la cause à l'office

intimé, autorité à qui il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'il mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire conformément aux exigences découlant de l'art. 44 LPGA, expertise qui devra 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 ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

**7. a)** En définitive, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

**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, les frais de justice doivent être fixés à 600 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

**c)** Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr. (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 mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 11 août 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à X. \_\_\_\_\_ une indemnité de dépens fixée à 2'000 fr. (deux mille francs).

Le président :

La greffière :

**Du**

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

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

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :