

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 janvier 2026

Composition : M. WIEDLER, président
MM. Neu et Tinguely, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

B. _____, à Q***, recourante, représentée par Me Estelle Marguet, avocate
à Lausanne,

et

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

Art. 6 s., 43 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, est divorcée et mère de trois enfants nés entre *** et ***. En dernier lieu, elle a travaillé de janvier 2012 à octobre 2021 comme laborantine aux taux de 60 %, puis de 80 % dès avril 2021, au service du C._____.

Le 6 septembre 2021, B._____ a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations de l'assurance-invalidité sous la forme de mesures professionnelles et/ou d'une rente, en raison d'un « burnout » depuis le 26 avril 2021.

Le dossier de l'assurance perte de gain E._____ SA a été versé au dossier le 9 septembre 2021. Il en ressort notamment un rapport du 14 juin 2021 du Dr D._____, médecin praticien, posant le diagnostic d'épuisement nerveux sans dépression depuis le 26 avril 2021.

Dans un rapport du 22 septembre 2021 relatif à une consultation de l'assurée le 3 septembre 2021, le Dr F._____, médecin chef du Service de neurologie au CHUV, a posé le diagnostic principal de probable AIT (accident ischémique transitoire) sylvien droit, avec atteinte sensitivo-motrice du membre supérieur gauche le 25 août 2021, d'origine indéterminée, et les diagnostics secondaires d'infection au Covid en août 2020, d'hypercholestérolémie, de burnout depuis avril 2021 et d'érythème migrant, traité dans les années nonante.

Dans le formulaire de détermination du statut complété le 15 octobre 2021, l'assurée a déclaré qu'en bonne santé, elle travaillerait comme laborantine au taux de 80 % depuis le 1^{er} avril 2021 par intérêt personnel et nécessité financière. Elle consacrerait le temps restant à la tenue de son ménage, à l'administration et à la formation professionnelle.

Selon le questionnaire pour l'employeur complété le 25 novembre 2021 par le C._____, le salaire annuel de l'assurée s'élevait à 70'055 fr. depuis le 1^{er} avril 2021.

Dans un rapport du 10 janvier 2022, le Dr J._____, médecin traitant, a posé le diagnostic d'état anxieux, irritabilité.

Dans un rapport du 31 janvier 2022, le Dr D._____ a décrit une amélioration de l'état de santé de l'assurée depuis le mois de février 2022, avec des limitations fonctionnelles qui étaient essentiellement la fatigue et les douleurs. Sans se prononcer sur la capacité de travail, ce médecin était d'avis que des mesures de réadaptation professionnelles étaient bienvenues pour sa patiente qui souhaitait travailler, mais plus dans les mêmes conditions qu'en laboratoire. Devant les épisodes d'épuisement, de polyalgies, de troubles cognitifs et d'insomnie, le Dr D._____ s'interrogeait sur la question d'un diagnostic de Covid long. Au plan thérapeutique, une consultation avait été demandée chez l'endocrinologue compte tenu d'anticorps anti TPO et un suivi psychothérapeutique et psychiatrique avait été mis en place.

Dans un rapport du 9 février 2022, le Dr J._____ a posé les diagnostics incapacitants d'anxiété généralisée et de phobie spécifique depuis la mi-mai 2021, relevant que l'assurée souffrait d'un stress post traumatique à la suite de son burnout dû aux conditions de travail et d'un Covid long avec : « fatigue extrême, urticaire, chute de cheveux, insomnie, tachycardie, essoufflements, frissons, irritabilité, pertes urinaires, troubles de la coagulation, constipation, douleurs articulaires, ulcère cutané, importants caillots vaginaux, AIT, goût et odorat altérés, tous symptômes dus au virus Omicron ».

Dans un rapport du 17 février 2022, le Dr K._____, spécialiste en cardiologie, a posé les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de probable AIT (accident ischémique transitoire) droit avec atteinte sensitivomotrice du membre supérieur gauche, de foramen ovale perméable en août 2021, et de Covid 19 en août 2020. A ce rapport étaient

annexés un autre du même médecin du 11 novembre 2021, lequel faisait également état d'un burnout en avril 2021, ainsi qu'une échographie cardiaque du 29 septembre 2021, un rapport de consultation du CHUV du 22 septembre 2021 et un rapport d'examen neurosonologique du 6 septembre 2021.

Dans un rapport du 18 février 2022, le Dr D._____ a retenu le diagnostic incapacitant d'anxiété et troubles dépressifs depuis juin 2021. Les incapacités de travail étaient les suivantes :

100 % du 26 avril 2021 au 30 mai 2021 ;
50 % du 31 mai 2021 au 20 juin 2021 ;
100 % du 21 juin 2021 au 28 février 2022.

Selon ce médecin, l'assurée, encore très sensible au stress, était capable de travailler à raison de trois heures par jour dans une activité adaptée à son état de fatigue extrême.

Par communication du 21 février 2022, l'OAI a pris en charge les coûts de prestations de coaching effectué auprès d'H._____ du 15 février au 2 août 2022.

Dans un rapport du 14 mars 2022, les répondants auprès d'H._____ ont indiqué que le possible retour en qualité de laborantine de l'assurée était très dépendant de la réussite du traitement du *trauma*. En l'état, il leur paraissait impensable un retour en qualité de laborantine sans risquer de mettre à mal et en péril la santé psychique et physique de l'intéressée. Au regard de ces éléments, il convenait de réaliser un travail de renforcement de l'estime et de la confiance en soi durant la seconde phase de suivi. Selon l'amélioration de la dynamique personnelle de l'intéressée, la clarification du projet professionnel pouvait être entreprise et une mise à jour des techniques de recherches d'emploi être réalisée chez l'assurée qui s'était inscrite à l'assurance-chômage (depuis le 21 février 2022 ; cf. confirmation d'inscription du 21 février 2022 auprès de l'Office régional de placement [ORP] de Q*** et courriel du 6 avril 2022 envoyé par l'assurée à une collaboratrice d'I._____).

Le dossier actualisé de l'assureur perte de gain E._____ SA a été versé au dossier les 20 avril et 8 novembre 2022. Il en ressort en particulier les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 9 janvier 2022 du Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et un rapport du 7 mars 2022 de la Dre M._____, spécialiste en médecine interne générale, tous deux médecins d'assurance. Dans le second rapport, les diagnostics de burnout (F43.9) et d'AIT (accident ischémique transitoire) sylvien droit étaient posés. L'assurée était en incapacité de travail depuis le 26 avril 2021 en raison d'un épuisement professionnel, dans un contexte de deux infections à SARS-Cov 2 en août 2020 et décembre 2021. Elle avait démissionné de son poste de travail avec effet au 31 octobre 2021, si bien que la récupération de l'état de santé et de la capacité de travail devait avoir lieu progressivement, à partir de cette date. Le rôle des infections à SARS-Cov 2 devait encore être éclairci auprès du Dr D._____ ;

- un rapport du 22 mars 2022 dans lequel le Dr D._____ a répondu à des questions d'E._____ SA en lien avec un second épisode de Covid en décembre 2021 dont il précisait qu'il était bien marqué par une fatigue, des troubles respiratoires, des céphalées, ainsi qu'une perte d'odorat et de goût. Selon ce médecin, la situation de l'intéressée en dépression et suivie en psychothérapie évoluait peu ;

- un rapport du 31 mars 2022 du Dr K._____ qui, au terme d'une consultation de l'assurée le 16 mars 2022, a indiqué que le bilan réalisé n'avait pas mis en évidence d'épisode d'arythmie potentiellement thromboemboligène susceptible d'expliquer l'AIT (accident ischémique transitoire) présenté avec deux examens R-tests sans arythmie de ce type. Il suggérait de rediscuter le cas de l'intéressée au colloque des maladies cérébrovasculaires pour juger de l'indication de la fermeture du foramen ovale perméable.

Dans un rapport du 2 août 2022 de fin de la mesure externalisée de coaching après burnout, les répondants auprès d'H._____ ont indiqué

notamment qu'il leur semblait que l'assurée était en mesure de se réinsérer de manière autonome.

Par communication du 12 septembre 2022, l'OAI a pris en charge les coûts d'un reclassement professionnel effectué auprès de la BB. _____ du 29 août 2022 au 28 août 2024.

Par communication du 15 novembre 2022, l'OAI a pris en charge les coûts d'un examen approfondi dans le cadre du conseil en orientation professionnelle effectué auprès d'O. _____ du 4 novembre 2022 au 5 février 2023.

Dans un rapport du 25 janvier 2023, le Dr K. _____ a indiqué à l'OAI qu'il n'avait pas revu l'assurée depuis mars 2022.

Aux termes d'un rapport final d'orientation professionnelle du 6 février 2023, la répondante auprès d'O. _____ a relevé que le travail de reprise de confiance et estime de soi ainsi que la mise en place de ressources avaient été essentiels à l'assurée pour pouvoir aborder son avenir professionnel plus sereinement, mais également le fait que sa santé s'améliorait au fil des semaines. Elle s'était pleinement investie dans l'élaboration de son projet d'auxiliaire de santé et était prête à se lancer dans ce projet validé par l'OAI lors du réseau final du 31 janvier 2023.

Par communication du 4 avril 2023, l'OAI a pris en charge les coûts d'un coaching sous forme d'une mesure de recherche d'une place sur le premier marché de l'emploi effectuée auprès d'AA. _____ du 1^{er} avril 2023 au 31 mai 2023.

Dans un rapport intermédiaire du 17 mai 2023, une spécialiste en réinsertion professionnelle auprès de l'OAI a indiqué avoir été informée le 24 avril 2023 par AA. _____ d'une dégradation de l'état de santé de l'assurée qui se plaignait de douleurs articulaires, de maux de tête intenses, de douleurs à l'épaule-clavicule, de raideurs dans la nuque ainsi que de rougeurs et gonflements aux extrémités. Elle s'était également montrée

très fragilisée psychiquement. Après la présentation d'un certificat médical par l'intéressée, il avait été mis fin à la mesure de coaching au 30 avril 2023. La spécialiste de l'OAI a relevé que l'assurée mettait régulièrement en échec les mesures entreprises, car elle ne se présentait pas aux rendez-vous pour des raisons médicales, sans entreprendre de suivi régulier auprès de ses médecins, et avait indiqué avoir un Covid long, mais n'avait pas entamé de démarches pour se rendre auprès de la Cellule idoine d'Unisanté afin de valider ou invalider cette occurrence. En l'absence d'élément durablement incapacitant dans le dossier, il convenait de réinterroger les médecins afin de pouvoir se positionner ensuite.

Dans un rapport du 22 mai 2023, le Dr J._____ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent moyen (F33.1) et a fait part d'un Covid long qui était en cours d'investigation au CHUV.

Dans un rapport du 10 octobre 2023, le Dr BC._____, médecin praticien consulté uniquement les 2 juin et 4 août 2023 par l'assurée, a retenu les diagnostics d'asthénie prononcée de longue date et d'état dépressivo-anxieux. Ce médecin était dans l'impossibilité de se prononcer sur la capacité de travail de l'intéressée.

Dans un rapport du 28 octobre 2023, la Dre BD._____, nouvelle médecin traitante, a posé les diagnostics incapacitants de choc psychique (F43.0) depuis 2021, d'épisodes dépressifs (F32.0), de Covid long (B94.8) et de maladie de Lyme (A69.20). S'agissant de l'estimation de la capacité de travail, cette médecin renvoyait auprès du Dr J._____, indiquant qu'une amélioration pouvait être attendue dans quelques mois. Elle a précisé que le 25 septembre 2023, l'intéressée avait été gravement choquée à la suite d'une agression par son conjoint avec une lame de rasoir qui avait tenté de l'égorger (plaie au niveau cervical gauche).

Dans un rapport du 20 novembre 2023, le Dr J._____ a répondu au questionnaire adressé dans l'intervalle par l'OAI. Posant les diagnostics incapacitants d'état anxio-dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotique, de maladie de Lyme et de Covid long, ce médecin

a indiqué que l'assurée souffrait de fatigue, d'insomnie, d'insécurité, de peurs, d'angoisse, de dépression et de troubles cognitifs. Les limitations fonctionnelles durables étaient des douleurs articulaires persistantes, des troubles de concentration et mnésiques chez l'assurée dépourvue d'activités sociales, qui avait de la peine à faire le ménage et n'avait plus de loisirs. Mentionnant un pronostic réservé, ce médecin était favorable à la mise en œuvre par l'OAI d'une mesure de réinsertion professionnelle, à raison de huit heures par semaine sans obligation de rendement au début, avec une progression probable jusqu'au taux de 50 %.

Le 3 décembre 2023, une des filles de l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI pour adulte (mesures professionnelles/rente) auprès de l'OAI. Elle a également sollicité de la justice de paix l'institution d'une mesure de curatelle en faveur de sa mère, par demande du 28 novembre 2023.

Dans le cadre de son instruction, l'OAI a, suivant la proposition du SMR ([Service médical régional de l'assurance-invalidité] ; avis médical du 18 décembre 2023), confié au Centre d'Expertises Médicales de R*** (ci-après : BF._____) le soin de procéder à une expertise pluridisciplinaire de l'assurée. Dans un rapport du 10 avril 2024, les Drs BG._____, spécialiste en médecine interne générale, AE._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, AH._____, spécialiste en neurologie, BJ._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, ainsi que le neuropsychologue FSP BK._____ ont posé les diagnostics suivants :

“Sur le plan de la médecine interne,

- Fatigue chronique d'origine indéterminée.
- Status après infection aigue au SARS-CoV2 en août 2020 et peut-être en décembre 2021.

Sur le plan de la médecine physique et réadaptation,

Aucun.

Sur le plan neurologique,

- Troubles multiples/polymorphes/atypiques, sans substrat somatique clairement objectivable.
- Statut après probable Covid récidivant, sans séquelles évidentes.
- Statut après maladie de Lyme (érythème migrant) non évolutive.

Sur le plan neuropsychologique,

- Troubles neuropsychologiques minimaux selon la classification de l'Association suisse des neuropsychologues, sans incidence sur la capacité de travail.

Sur le plan psychique,

- Difficultés dans les rapports avec l'ex-conjoint (Z63.0) anamnestique.
- Réaction aigüe à un facteur de stress (F43.0) (09.2023-01.2024).
- Troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2).
- Somatisation (F45.0)."

Les experts ont retenu que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail depuis toujours dans toute activité, en dehors des éventuelles incapacités temporaires du ressort de la médecine interne.

Par courrier du 18 avril 2024 adressé au BF._____, la fille de l'assurée, désignée le 13 décembre 2023 en qualité de curatrice provisoire de sa mère, a fait part de ses critiques sur le déroulement des examens d'expertise avec les Drs BJ._____ et BG._____ ainsi qu'avec le neuropsychologue FSP BK._____, étant d'avis qu'elle n'avait pas été prise au sérieux par les experts.

Par projet de décision du 2 mai 2024, l'OAI a informé l'assurée qu'il comptait lui nier tout droit à des prestations sur la base des conclusions des experts du BF._____.

Le 22 mai 2024, l'assurée a déposé des observations sur ce projet.

Le 25 juin 2024, l'assurée a produit un rapport du 21 juin 2024 de la Dre G._____, nouvelle médecin généraliste, auquel étaient joints :

- un rapport du 6 mai 2024 du Prof. BM._____, médecin adjoint de la Consultation COVID long au Centre universitaire de médecine générale et santé publique Unisanté ;
- une lettre de sortie du 13 mai 2024 de la Clinique bernoise de Montana ;

- un rapport du 3 juin 2024 de la Dre CB._____, cheffe de clinique du Centre Leenaards de la Mémoire.

Le 2 juillet 2024, l'assurée a encore produit :

- un rapport du 25 juin 2024 du Dr CD._____, médecin praticien, selon lequel il était probable que l'assurée, dont la sérologie OSPC restait légèrement positive en IgM et IgG, présentait une borréliose dormante ou enkystée, susceptible de se réactiver à la suite d'un stress psychologique ou physique ;

- un rapport du 2 juillet 2024 du Dr J._____, qui s'est exprimé en ces termes :

“Madame B._____ souffre d'un état anxio-dépressif et de troubles cognitifs très importants depuis septembre 2023 suite à une tentative d'assassinat le 25.09.2023 par son ex-compagnon depuis 15 ans. Elle souffre d'un stress post-traumatique et a subi le harcèlement de son ex-compagnon, un pervers-narcissique psychotique et bipolaire, ainsi que de la famille de celui-ci.

Depuis 2008 elle a subi le harcèlement de son ex-mari avec calomnie et ceci pendant 5 ans.
Ses enfants ont dû être placés en foyer.

Elle souffre en outre de troubles d'attention et de concentration.

L'affection post Covid est toujours présente et génère une fatigue chronique qui actuellement l'empêche de reprendre une activité professionnelle.”

Dans un avis médical du 23 août 2024, le SMR a fait le point de situation de la manière suivante :

“**Conclusion SMR** : Je rappelle, que l'expertise pluridisciplinaire du 10.04.2024 en psychiatrie, neurologie, médecine physique et réadaptation et en médecine interne avec bilan neuropsychologique, BF._____ (GED 17.04.2024), jugée convaincante et concluante par le SMR, n'a retenu **aucune** atteinte à la santé durablement incapacitante, ni au plan psychiatrique, ni neurologique, ni ostéo-articulaire, ni internistique et ni neuropsychologique.

En particulier, les diagnostics de Covid-long, de neuro-borréliose et de maladie de Lyme / borréliose de Lyme et d'état de stress post-

traumatique / PTSD n'ont pas été reconnus au terme de l'expertise du 10.04.2024. Je rappelle également, que les experts retenaient des multiples incohérences entre les plaintes décrites et le constat d'un état clinique conservé, avec majoration des plaintes très probable.

A noter, que concernant l'hospitalisation 04.2024 - 05.2024 à la Clinique Bernoise Montana à l'AI. _____ psychosomatique, il ne s'agissait pas du tout d'une hospitalisation en milieu psychiatrique en raison d'une décompensation aiguë sur le plan psychiatrique, mais pour une réadaptation stationnaire élective dans le cadre d'une problématique psychosomatique connue, déjà retenue par l'expert-psychiatre (syndrome sans pathogénèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique / SPECDO).

Concernant le « bilan cognitif » réalisé en 05.2024 au Centre Leenaards CHUV (GED 26.06.2024), il ne s'agissait pas du tout d'un bilan neuropsychologique objectif avec des tests objectifs de validation, mais d'une évaluation clinique s'appuyant en premier lieu sur les plaintes neurocognitives subjectives de l'assurée. A noter que déjà le MoCA (Montreal cognitive assessment dont il s'agit d'un test subjectif de dépistage cognitif bref), réalisé en 05.2024, démontrait avec un résultat de 29 points sur 30 un résultat à considérer comme tout à fait dans les normes, sans signe pour un trouble neurocognitif majeur.

Le fait que l'assurée a été récemment (04.2024) mise sous curatelle de représentation et de gestion n'est pas non plus un élément justifiant une aggravation objective sur le plan purement médical, toujours en absence d'atteintes médicales significatives. Tout en général, la mise en place d'une curatelle peut aussi être indiquée dans le cadre d'un contexte psychosocial pur, donc dans une situation non-médicale.

Donc, toutes les nouvelles pièces médicales versées au dossier depuis notre rapport SMR du 30.04.2024 (GED 30.04.2024) respectivement depuis l'expertise pluridisciplinaire du 10.04.2024 (GED 17.04.2024) voire depuis le projet de décision AI du 02.05.2024 ne fournissent aucun nouvel élément clinique ou médico-descriptif objectif et aucunes nouvelles LF [limitations fonctionnelles] objectives d'ordre médical (somatique / psychiatrique) ou neuropsychologique, qui n'auraient déjà été décrits dans l'expertise et largement discutés lors de l'expertise pluridisciplinaire du 10.04.2024 (GED 17.04.2024).

Donc nous n'avons à l'heure actuelle aucun nouvel élément médical objectif qui justifierait objectivement une aggravation significative, notable et durable de l'état de santé de l'assurée depuis notre rapport SMR du 30.04.2024 (GED 30.04.2024) respectivement depuis le projet de décision AI du 02.05.2024 ou qui mettrait en doute les conclusions convaincantes de l'expertise pluridisciplinaire du 10.04.2024 (GED 17.04.2024).

Donc la CTAH/AA [capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée] reste inchangée, à savoir 100% depuis toujours, toujours en l'absence d'atteinte à la santé durablement incapacitante au sens de l'AI, et en l'absence évidente de LF."

Par décision du 26 août 2024, l'OAI a confirmé son projet de décision du 2 mai 2024.

B. Par acte du 23 septembre 2024, B._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente « à 100%, subsidiairement au pourcentage adapté à [s]a situation » lui soit allouée. Elle annonçait la production de pièces médicales supplémentaires.

Le 18 novembre 2024, la Cour de céans a reçu les pièces médicales suivantes :

- un rapport de la Dre CL._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 13 novembre 2024 qui s'est positionnée sur l'expertise du BF._____ en ces termes :

“[...] Néanmoins, je m'étonne du diagnostic retenu par les experts de troubles anxieux et dépressifs mixtes qui semble davantage prendre en considération l'état de la patiente au moment de l'expertise plutôt que sa fluctuation dans le temps mise en évidence par plusieurs médecins et les proches de la patiente.

Il est à noter cependant que depuis le début de notre suivi, Madame B._____ a présenté des fluctuations manifeste[s] de l'humeur sans toutefois répondre aux critères d'un épisode dépressif ou maniaque.

Concernant le point 4.4 de votre évaluation consensuelle, vous attestez qu'il n'y a pas de notion de débordement[s] émotionnels, ni de comportements impulsifs, ni de comportement auto ou hétéro dommageable et que l'expertisée [a] une bonne perception de soi et des autres.

Vous citez néanmoins l'épisode de l'achat de deux canapés fait de manière impulsive. Il semblerait également que peu après cet achat Madame ait éventré ces canapés car ils étaient, selon elle, « possédés » ce à quoi elle ajoute qu'une prostituée les lui aurait vendus.

Madame et ses filles relate[nt] divers épisodes similaires. Par exemple elle a jeté par la fenêtre une figurine d'éléphant appartenant à l'une de ses filles pensant que son compagnon lui avait jeté un sort. Elle serait également entrée au domicile de son ex-mari afin de fouiller sa chambre disant que dieu lui avait montré où était la clé et excusant ainsi son geste. Elle aurait également interdit à ses filles l'usage du téléphone craignant d'être surveillée.

Lors de cet entretien, il apparaît également que lors de son séjour à la Clinique Bernoise à Montana en mai dernier, elle aurait coupé les

liens avec les autres pensionnaires pensant que ces derniers avaient été mandatés par la famille de son compagnon afin de la surveiller. Selon elle, toutes ces personnes ainsi que divers médecins rencontrés dans son parcours font parti[e] d'une secte satanique et veulent la tuer.

Madame manifeste vraisemblablement des angoisses de mort massives, possiblement en lien avec un délire de persécution mais avec des éléments réels de persécution étant donné la tentative d'assassinat qu'a vécu Madame et qui semble fortement banalisée dans l'expertise.

De plus, ses filles décrivent des phases où Madame est accélérée et peut avoir des propos confus voire délirants. Elles décrivent alors des éléments de persécution de toute puissance avec des références à son hyper-efficacité et à dieu pour expliquer son discours et ses actions. Dans ces phases Madame est décrite comme agressive et n'accepte pas d'être contredite. Elle peut également avoir des comportements impulsifs (jet d'objets, destruction de matériel) et de conduite à risque, notamment en voiture.

Le rapport daté du 10.09.2024 du Centre Leenaards de la Mémoire rapporte également un discours accéléré avec des idées délirantes.

Dans l'expertise au point 4.1 de l'expertise psychiatrique, il est décrit également une patiente logorrhéique avec un discours envahissant, parfois confus et peu compréhensible.

Ces éléments sont également apparus lors de nos entretiens mais son état semble très fluctuant d'un entretien à l'autre. Parfois Madame apparaît en lien, fatiguée avec une thymie légèrement abaissée. Dans ces phases Madame se montre davantage en lien et critique quant à certains de ses comportements. Lors d'autres séances, Madame se présente avec une thymie dans la norme, un discours logorrhéique, une agitation psychomotrice. On observe des angoisses de persécution, une hypervigilance ainsi qu'une hyperinterprétativité concernant les objets (tableaux, cartes, lettres) et les personnes. Le discours est alors parfois confus, difficile à suivre pour le thérapeute, parfois hypersexualisé et centré sur le thème satanique.

Elle présente alors un déni de la maladie psychique dont elle trouve l'origine du côté somatique.

A la lumière de tous ces éléments, le diagnostic retenu par les experts semble peu probable pour expliquer la complexité de la symptomatologie clinique.

Selon la CIM 10, ce tableau serait compatible au moins avec un Trouble schizo-affectif, type maniaque (F25.0), ce qui n'exclurait pas un trouble dépressif récurrent ni la piste traumatique. En effet, il est noté de divers traumatismes dans l'enfance et l'âge adulte mais cela n'a pas été investigué lors d[e] notre suivi en raison de la fragilité psychique actuelle.

Toutefois, la distinction entre un trouble schizo[-]affectif, une schizophrénie et un trouble de l'humeur doit, au vu de la complexité du tableau clinique, nécessiter une évaluation longitudinale des

symptômes et de leur évolution. De ce fait, nous proposons qu'un bilan psychoaffectif approfondi puisse être effectué à la Consultation de Chaud[e]ron du CHUV afin d'affiner le diagnostic, ce que la patiente accepte. [...]” ;

- un rapport du Dr J. _____ du 18 novembre 2024, lequel était d'avis qu'en raison d'un Covid depuis fin août 2020, diagnostiqué Covid long par le CHUV en août 2022, avec tous les symptômes (douleurs articulaires, douleurs musculaires, inflammation de l'estomac et de l'intestin, constipation, diarrhée, insomnie, épuisement, perte du goût et de l'odorat, baisse de l'acuité visuelle, perte de cheveux, essoufflement, irritabilité), la recourante se trouvait alors dans l'impossibilité de pouvoir travailler, et probablement pour une très longue période, malgré deux tentatives de reconversions professionnelles avortées contre son gré.

Dans sa réponse du 6 décembre 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours produisant un avis médical SMR du 27 novembre 2024 auquel il se ralliait. Il a relevé le caractère probant du rapport d'expertise du BF. _____ du 10 avril 2024 dont il ressortait que la capacité de travail de la recourante était entière.

Le 12 décembre 2024, B. _____ a requis l'octroi du bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par décision du 13 décembre 2024, le juge instructeur de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a accordé à B. _____ le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 12 décembre 2024 (I), dit que le bénéfice de l'assistance judiciaire était accordé dans la mesure de l'exonération d'avances, l'exonération des frais judiciaires et l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Estelle Marguet (II) et dit que B. _____ était exonérée de toute franchise mensuelle (III).

Dans sa réplique du 11 février 2025, la recourante, dorénavant représentée par Me Estelle Marguet a, sous suite de frais et dépens, précisé ses précédentes conclusions en ce sens qu'elle avait droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2022 pour une durée indéterminée, et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Dans son argumentation, la

recourante reprochait en substance aux experts du BF._____ de s'être fondés sur un dossier médical incomplet, de ne pas avoir tenu compte à tort des nombreux symptômes relevant du Covid long rapportés par les pièces médicales au dossier, de ne pas avoir pris en compte certaines plaintes importantes et d'avoir commis divers manquements affectant le volet neuropsychologique de l'expertise, qui n'avait pas été conduit dans les règles de l'art, ainsi que d'autres contradictions et incohérences mettant également en doute la valeur probante de ladite expertise. Enfin, elle rappelait que les avis médicaux SMR des 30 avril, 23 août et 27 novembre 2024 ne remplissaient pas les réquisits jurisprudentiels pour revêtir valeur probante, si bien qu'ils ne palliaient pas les lacunes de l'expertise du BF._____. A titre de mesures d'instruction, la recourante a requis la production en mains de l'intimé des enregistrements audio des entretiens d'expertise au BF._____, l'audition de quatre témoins ainsi que la réalisation d'une expertise judiciaire en médecine interne, neuropsychologie et psychiatrie en proposant, comme experts, les médecins de l'Unité d'expertises médicales des HUG.

Dans sa duplique du 13 mars 2025, l'OAI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours produisant un avis médical SMR du 3 mars 2025, auquel il se ralliait, qui a fait le point de situation final suivant :

“Conclusion SMR : La totalité des pièces médicales actuellement versées au dossier (cf. liste ci-dessus) a été déjà prise en considération par le SMR, soit durant la période pré-expertise, soit durant la période post-expertise, et n'a aucun impact sur les conclusions toujours convaincantes et cohérentes de l'expertise pluridisciplinaire du 10.04.2024 en psychiatrie, neurologie, médecine physique et réadaptation et en médecine interne avec bilan neuropsychologique, BF._____ (GED 17.04.2024).

Donc les pièces médicales actuellement versées au dossier depuis notre rapport SMR du 30.04.2024 (GED 30.04.2024) respectivement depuis l'expertise pluridisciplinaire du 10.04.2024 (GED 17.04.2024) voire depuis la décision AI du 26.08.2024 ne fournissent toujours aucun nouvel élément clinique ou médico-descriptif objectif et aucunes nouvelles LF [limitations fonctionnelles] objectives d'ordre psychiatrique, neurologique, ostéo-articulaire, internistique, neuropsychologique ou autrement médical, qui n'auraient déjà été décrits dans l'expertise et largement discutés lors de l'expertise pluridisciplinaire du 10.04.2024 (GED 17.04.2024).

Donc, nous n'avons à l'heure actuelle toujours aucun nouvel élément médical objectif qui justifierait objectivement une aggravation significative, notable et durable de l'état de santé de l'assurée depuis notre rapport SMR du 30.04.2024 (GED 30.04.2024) respectivement depuis la décision AI du 26.08.2024 ou qui mettrait en doute les conclusions convaincantes de l'expertise pluridisciplinaire du 10.04.2024 (GED 17.04.2024). Donc la CTAH/AA [capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée] reste inchangée depuis.

Il n'y a aucuns nouveaux éléments médicaux objectifs et également aucuns anciens éléments médicaux objectifs, lesquels n'auraient pas été pris en considération par l'expertise du 10.04.2024, qui seraient de nature à jeter un doute sérieux sur la décision AI attaquée, au moment où elle a été prise, à savoir le 26.08.2024.

Donc la CTAH/AA reste inchangée.”

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 une rente d'invalidité.

3. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui

prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

En l'occurrence, la recourante a déposé sa demande de prestations le 6 septembre 2021, de sorte que le nouveau droit est applicable.

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

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

cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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).

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

5. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

b) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 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).

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

d) Le tribunal peut accorder une pleine valeur à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment

pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

6. a) 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).

b) Selon la jurisprudence, un état d'épuisement de type « burnout » ne constitue en principe pas une atteinte à la santé invalidante (TF 9C_298/2020 du 28 septembre 2020 consid. 3.2 ; TF 9C_537/2011 du 28 juin 2012 consid. 3.1, *in* SVR 2012 IV n° 52 p. 188; TF 8C_302/2011 du 20 septembre 2011 consid. 2.3, *in* SVR 2012 IV n° 22 p. 95). En effet, selon le Tribunal fédéral, le burnout peut se produire chez des personnes présentant certains traits de personnalité dans des situations de stress psychosocial et est répertorié sous le code de diagnostic CIM-10 Z73.0. Il ne correspond toutefois pas à une maladie au sens des systèmes de classification internationaux reconnus. Les codes Z sont des facteurs qui influent sur l'état de santé et conduisent à l'utilisation des services de santé. Les catégories Z00-Z99 sont destinées aux cas dans lesquels les circonstances sont indiquées comme des « diagnostics » ou des « problèmes » qui ne peuvent être classés comme maladie, blessure ou cause externe selon les catégories A00-Y89. Le burnout en tant que tel ne relève donc pas de la notion d'atteinte significative à la santé au sens du droit des personnes invalides (TF 8C_302/2011 du 20 septembre 2011 consid. 2.3) ; en principe, il ne

constitue donc pas à lui seul une atteinte à la santé invalidante (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a p. 299 ; TF 9C_537/2011 du 28 juin 2012 consid. 3.1 ; SVR 2008 IV n° 62 p. 203, TF 9C_830/2007 du 29 juillet 2008 consid. 4.2).

7. 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 144 V 210 consid. 4.3.1 ; TF 8C_105/2022 du 12 juillet 2022 consid. 4.1). 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. 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 118 V 200 consid. 3a ; ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_253/2024 du 17 octobre 2024 consid. 3.3).

8. a) En l'espèce, l'OAI a refusé d'allouer une rente d'invalidité et des mesures professionnelles à la recourante, estimant que celle-ci ne présentait pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante. L'OAI s'est fondé sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du BF. _____ du 10 avril 2024 avec volets en médecine physique et réadaptation, en psychiatrie-psychothérapie, en médecine interne, en neurologie et en neuropsychologie, laquelle retient une capacité de travail entière dans toute activité, sans limitations fonctionnelles.

b) D'un point de vue formel, le rapport d'expertise pluridisciplinaire est déjà critiquable. En effet, comme le relève la recourante dans sa réplique, plusieurs pièces au dossier ne sont que partiellement mentionnées dans le rapport d'expertise et n'ont *a fortiori* pas été prises en compte par les experts du BF. _____. Il en va notamment ainsi de plusieurs pièces concernant les mesures de réadaptation professionnelle mises en place par l'OAI en faveur de la recourante et qu'elle a été contrainte d'arrêter en raison de ses problèmes de santé (cf. rapport

intermédiaire du 17 mai 2023 rédigé par une spécialiste en réinsertion professionnelle auprès de l'OAI), les experts ne discutant pas les raisons de l'échec des mesures de réadaptation. En outre, l'appréciation prétendument consensuelle des experts du BF. _____ est constituée d'une superposition de paragraphes des divers rapports établis spécifiquement par chacun des spécialistes consultés, sans qu'il n'y ait une réelle discussion consensuelle de la situation de la recourante, alors qu'il existe un lien reconnu par les experts du BF. _____ entre ses plaintes somatiques et ses troubles psychiatriques qui nécessitaient une telle discussion. En outre, ils n'expliquent pas en quoi les atteintes à la santé reconnues individuellement sans incidence sur la capacité de travail, sont toujours sans effet sur la capacité de travail quand elles sont cumulées. Ce morcellement ne correspond pas aux exigences d'une mission expertale dans un contexte pluridisciplinaire. De plus, les journées-type mentionnées dans les divers rapports des experts ne sont pas des journées-type. En effet, la recourante venait de déménager lors des entretiens au mois de février 2024 et indiquait aux experts passer la majorité de sa journée à ranger ses affaires, ce qui n'est précisément pas représentatif d'une journée-type. En outre, aucun des descriptifs établis par les experts n'est détaillé.

c) aa) En ce qui concerne le volet de médecine interne étudié par le Dr BG. _____, il sied de constater que cet expert exclut les diagnostics de Covid long (B94.8) retenus par les Drs J. _____ et BD. _____ ainsi que par le Prof. BM. _____ et de maladie de Lyme (A69.2) évoqué dans le rapport du 28 octobre 2023 de la Dre BD. _____, à l'issue d'une motivation brève. L'expert retient que « la persistance de symptômes après COVID-19 est une hypothèse, mais peu vraisemblable » au seul motif que la symptomatologie est mieux expliquée par une participation thymique que par un Covid long survenu à distance ou une maladie de Lyme.

bb) Eu égard au volet en médecine physique et réadaptation étudié par le Dr AE. _____, il n'appelle pas de commentaire particulier. Il convient cependant de relever que l'expert mentionne que « la limitation décrite par l'assurée est uniforme dans tous les domaines de la vie, mais ne correspond pas à des limitations physiques objectivables ».

cc) Sur le plan neurologique, le Dr AH. _____ exclut une atteinte de ce type. En effet, il retient qu'en dehors d'une discrète hypoesthésie distale des 3^e et 4^e rayons apparemment post-traumatique (à la suite de l'agression au rasoir), l'examen neurologique est entièrement normal, notamment sans élément en direction d'une atteinte cérébrale, médullaire, radiculaire, tronculaire et polyneuropathique. Cet expert réserve une éventuelle origine neuropsychologique ou psychiatrique aux plaintes formulées par la recourante.

dd) L'examen neuropsychologique du 18 février 2024 du neuropsychologue FSP BK. _____ met en évidence quelques signes légers de fatigabilité attentionnelle, sous la forme, uniquement, d'un léger ralentissement dans des tâches, la plupart informatisées, présentées en fin de séance chez une assurée qui présente une attitude peu plaintive et démonstrative, et surtout des signes d'anxiété dans certaines des tâches proposées induisant une appréciation négative et irréaliste de ses compétences cognitives, dans l'ensemble bien préservées. L'expert neuropsychologue conclut que les plaintes cognitives émises par l'assurée ne sont pas exagérées, mais elles correspondent pour l'essentiel à des troubles subjectifs, largement induits (notamment les troubles de la concentration dont il ne retrouve pas de composante significative dans les tests) par de probables états d'anxiété, émotions perturbatrices de la mémoire et de la concentration même lorsqu'il ne s'agit pas d'un trouble anxieux au sens des classifications psychiatriques.

ee) Il découle de ce qui précède que tous les experts précités estiment que les plaintes exprimées par la recourante sont subjectives et trouvent une explication d'ordre psychiatrique.

L'appréciation médicale du Dr BJ. _____, expert psychiatre, est la suivante (expertise, volet psychiatrique, p. 25 sv.) :

"[...] L'examen psychiatrique retient que l'expertisée est à l'heure, elle est venue au BF. _____ en voiture (1h, sans arrêt). L'évaluation est continue, l'expertisée garde le focus durant toute l'évaluation, il y

a eu une interruption de quelques minutes après environ 1h40 d'évaluation, l'expertisée ayant demandé à pouvoir se rendre aux toilettes. Elle se déplace de la salle d'attente à la salle d'examen sans difficulté, elle semble confortable sur sa chaise durant l'évaluation. Il n'y a pas de manifestation douloureuse observée. L'expertisée sourit franchement à plusieurs reprises, elle plaisante, elle a de l'humour. Elle est relativement précise mais régulièrement, elle marque de façon démonstrative des temps d'arrêt, elle précise alors, « qu'elle perd le fil de la conversation, qu'elle ne peut plus rien répondre », puis l'investigation reprend sans difficultés. Elle n'est pas en retrait, elle n'est pas prostrée, il n'y a pas de maniérisme, son visage est expressif. L'intonation de la voix est bonne. Le débit de parole ne montre pas de logorrhée ni ralentissement. Elle n'est pas fatigable. L'humeur est anxieuse (intensité faible). L'expertisée est euthymique.

En conclusion, le tableau clinique que présente cette expertisée est compatible avec un diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2), l'évolution de la symptomatologie qui a un caractère chronique est trop long pour retenir le diagnostic de trouble de l'adaptation. La symptomatologie anxieuse est insuffisante pour retenir un autre diagnostic spécifique dans ce groupe de pathologie. La symptomatologie dépressive est insuffisante pour retenir un diagnostic spécifique dans ce groupe de pathologie. Ceci correspond aux éléments obtenus lors de l'anamnèse et à l'examen clinique.

Une analyse minutieuse des symptômes post-traumatiques a été réalisée, ils ont toujours été en nombre insuffisant pour retenir un tel diagnostic (ICD 10 et ICD 11). L'expertisée affirme être une battante, elle a fait preuve de résilience suite aux situations relatées (séparation difficile du conjoint : 2008-2012 ; agression par son compagnon du 25.09.2023).

En l'absence de plaintes douloureuses caractéristiques, les critères pour retenir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant font défaut. L'expertisée est multi plaintive mais elle n'est pas envahie par un sentiment de détresse. Elle revendique des affections somatiques (infections), psychiatrique (trouble bipolaire) à l'origine de ses maux qu'elle majore, dans ce contexte il semble judicieux de retenir le diagnostic de somatisation (F45.0). Ce diagnostic est du registre d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique ; SPECDO. Il n'est pas retenu de diagnostic spécifique du domaine de la majoration car il ne semble pas y avoir de comportement intentionnel dans ce registre. [...]"

Cette motivation ne s'avère pas être convaincante. En effet, l'expert psychiatre ne discute pas de manière détaillée et circonscrite les diagnostics posés par d'autres médecins qu'il ne retient pas (burnout, état de stress post-traumatique, trouble dépressif récurrent moyen à sévère, anxiété généralisée et phobie spécifique). En outre, l'expert paraît se fonder exclusivement sur ses propres constatations cliniques, sans tenir compte des nombreux rapports médicaux au dossier établis par les différents médecins décrivant un état de santé psychique dégradé. L'expert

psychiatre n'explique également pas les conséquences à long terme sur la capacité de travail du burnout de la recourante et si cet état d'épuisement a pu avoir une influence sur les mesures de réadaptation professionnelle mises en place par l'OAI en 2022 - 2023. Pour le surplus, il indique avoir effectué « une analyse minutieuse des symptômes post-traumatiques » mais sans toutefois fournir cette analyse. Or, les médecins traitants estiment que la recourante a gardé des séquelles psychologiques incapacitantes de l'agression dont elle a été victime en septembre 2023.

En définitive, bien que les autres experts estiment que les troubles physiques et cognitifs dont se plaint la recourante trouvent une explication d'ordre psychiatrique, celle-ci n'est pas donnée par le Dr BJ._____.

ff) A l'aune des éléments relevés ci-avant, le rapport d'expertise pluridisciplinaire du BF._____ du 10 avril 2024 apparaît insuffisant pour se prononcer sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles présentées par la recourante, si bien que ce rapport d'expertise ne saurait se voir accorder une pleine valeur probante.

d) En outre, dans le cadre de la présente procédure de recours, la recourante a produit un rapport de la Dre CL._____ du 13 novembre 2024, lequel fait état de discours délirants de la recourante et d'hyperinterprétativité d'objets et de personnes sur le thème satanique depuis un certain temps (au moins depuis son séjour à la clinique Clinique bernoise de Montana en avril - mai 2024), soit avant la décision attaquée du 26 août 2024. Or, il n'a pas été tenu compte de ces éléments factuels par l'expert psychiatre qui sont importants dès lors que la psychiatre traitante est dans l'impossibilité d'exclure une schizophrénie sur cette base.

9. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une

question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, il ne pouvait échapper à l'intimé que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du BF._____ s'avérait insuffisant pour statuer sur le cas d'espèce. En outre, des faits nouveaux ont été mis en avant par la psychiatre traitante dans son rapport du 13 novembre 2024. Il s'impose dès lors d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'intimé, pour instruction complémentaire. Dans ce contexte, il lui incombera de mettre à jour le dossier de la recourante en sollicitant des rapports de ses médecins traitants, puis de mettre en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire (avec volets en médecine physique et réadaptation, en psychiatrie-psychothérapie, en médecine interne, en neurologie et en neuropsychologie) destinée à actualiser et clarifier le tableau clinique complexe présenté par celle-ci.

10. Compte tenu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par la recourante.

11. a) Le recours doit dès lors être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

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

c) La recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et

de la mettre à la charge de l'intimé. Cette indemnité couvre le montant qui pourrait être alloué, au titre de l'assistance judiciaire, au mandataire de la recourante.

**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 26 août 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée 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 3'500 fr. (trois mille cinq cents francs), à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Estelle Marguet, pour B. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :