

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 avril 2026

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Livet, juge, et M. Farron, assesseur
Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

C._____, à Q***, recourante, représentée par Me Joël Crettaz, avocat à
Lausanne,

et

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

Art. 43 et 61 let. c LPGA

En fait :

A. C._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) travaillait en tant qu'agente immobilière indépendante depuis de nombreuses années. Elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 2 juin 2021 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), précisant souffrir depuis le 1^{er} novembre 2017 de douleurs et inflammation situées à la colonne vertébrale (cervicales et lombaires notamment), de migraines, d'acouphène, d'asthme, de douleurs à l'œil gauche et de Covid positif au 16 avril 2021.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli une série de documents, notamment :

- un rapport de police du 9 novembre 2017 consécutif à un accident de la circulation du 1^{er} novembre 2017 survenu dans les circonstances suivantes :

“Mme C._____ et M. E._____ circulaient dans cet ordre en direction de S***, feux de croisement enclenchés. Au terme de la voie de sortie de l'autoroute, Mme C._____ immobilisa sa voiture au cédez le passage et M. E._____ en fit de même. A un certain moment, M. E._____ pensa que Mme C._____ reprenait sa route. Dès lors, inattentif, il accéléra et heurta, avec l'avant de son Audi, l'arrière de la Mercedes C._____. Suite au choc, ils firent appel à nos services.” ;

- un rapport du 8 février 2018 du Dr F._____, spécialiste en neurologie, consécutif à une évaluation réalisée le jour précédent lors de laquelle ce médecin a rassuré l'assurée de l'absence de toute maladie de Parkinson débutante et également de l'absence d'un trémor essentiel. Il a indiqué qu'il existait un très léger tremblement d'attitude lors du port d'un objet semi lourd à bras levé à gauche uniquement, ce qui n'était absolument pas inquiétant. Le Dr F._____ notait que l'intéressée était surdosée en antidépresseurs prescrits à la suite d'un syndrome de stress post-traumatique en 1992. Il se tenait à disposition pour revoir la patiente « fort sympathique » ;

- un rapport du 7 mai 2019 du Dr H._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et phoniatrie, qui a indiqué que l'assurée présentait des acouphènes chroniques bilatéraux dans les suites immédiates de l'accident de 2017 et lui a expliqué les bénéfices d'une optimisation de sa qualité de sommeil et d'une hygiène de vie permettant une meilleure gestion de l'acouphène. Ce médecin a rassuré l'intéressée quant à l'absence d'asymétrie auditive ou d'atteinte à son audition, avec la précision qu'elle allait poursuivre avec des séances d'autohypnose ;

- un rapport du 31 août 2020 du Dr J._____, spécialiste en rhumatologie, retenant que l'assurée se plaignait de douleurs musculosquelettiques de la nuque et du dos, proposant, sur le plan thérapeutique, le maintien des séances de physiothérapie en axant les thérapies physiques sur le renforcement musculaire proprioceptif paravertébral et l'amélioration de la statique ainsi que de la mobilité rachidienne ;

- un rapport de consultation du 28 mai 2021 du Dr K._____, spécialiste en neurologie, relevant que le problème de l'assurée était l'absence d'une reconnaissance asséculogique et de preuve d'une organicité liée à l'accident de 2017 entraînant la persistance des troubles dont la contracture musculaire importante cervico-scapulaire, sans limitation des mouvements de rotation ou en flexion-extension cervicales. Ce médecin n'avait pas de proposition thérapeutique et conseillait à l'intéressée de limiter sa demande de façon assez modestement pour pouvoir ensuite clore le cas sur le plan asséculogique ;

- des rapports des 28 juin 2021 et 4 octobre 2022 du Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant, posant les diagnostics de cervicalgies dans un contexte de rectitude cervicale et de tendomyoses musculaire paravertébrale cervicale et des trapèzes (depuis 2017), de lombalgies sur spondylose et surcharge facettaire L4-L5 et lombosacrée (depuis 2017), de douleurs de la hanche gauche persistantes (depuis 2017), d'acouphènes chroniques bilatéraux dans un contexte post-traumatique (AVP [accident de la voie publique] ; depuis 2017), de tendance aux céphalées (depuis 2017), de probable syndrome de fatigue chronique

(depuis 2017), d'éventuel syndrome Covid long actuellement en voie d'investigations à l'Hôpital T*** (depuis avril 2021), de myokymies des muscles abducteurs des pouces latéraux sur probable neuropathie bilatérale débutante des nerfs cubitaux par enclavement aux gouttières épitrochléennes d'origine irritative (depuis 2018) et d'asthme de longue date qui était sous contrôle le 28 février 2020. La assurée a suivi des consultations à l'Hôpital T*** (QT._____) pour un Covid long. Les limitations fonctionnelles importantes se répercutaient sur les activités de la vie quotidienne (difficultés dans tous les mouvements et transferts ainsi que pour le port de différentes charges, les positions assise/debout prolongées, troubles du sommeil, etc.). Le 28 juin 2021, le médecin traitant indiquait que l'assurée avait diminué son taux d'activité professionnelle en raison des symptômes et limitations, soit à raison de 60 % dès le 1^{er} novembre 2017, de 70 % depuis le 1^{er} novembre 2018 et qu'elle était en arrêt de travail à 100 % à partir du 30 avril 2021 au vu des symptômes liés au Covid-19 ;

- un rapport du 30 mars 2022 du Dr I._____, médecin-assistant auprès du Service de médecine du QT._____, auquel étaient joints des rapports de consultations de suivi de l'assurée dès le 1^{er} juillet 2021 pour un Covid long comprenant le traitement d'une dyspnée sur déconditionnement et un syndrome d'hyperventilation ayant une répercussion sur la capacité de travail avec, en sus, des troubles de la mémoire et de la concentration, ainsi qu'anxiodépresseurs. Selon l'assurée, il existait une amélioration des symptômes avec une diminution de la dyspnée. Les crises d'hyperventilation ainsi qu'une importante fatigue après effort subsistaient. Le traitement alliait un réentraînement et un renforcement musculaire. Le pronostic demeurait inconnu et la capacité d'effort était diminuée ;

- un rapport du 16 mai 2022 de la Dre M._____, médecin-chef au N._____, diagnostiquant un trouble neurocognitif mineur (essentiellement attentionnel) d'étiologie possiblement thymique. Un rapport joint d'examen neuropsychologique des 19 octobre et 3 décembre 2021 établi par P._____, psychologue spécialiste en neuropsychologie, se terminait de la manière suivante :

“Conclusion

Ce premier bilan neuropsychologique, réalisé auprès de cette patiente de 59 ans, globalement orientée, nosognosique, légèrement ralentie, met en évidence :

- un trouble attentionnel sévère (ralentissement sévère de l’alerte, fléchissement attention divisée) ;
- un déficit exécutif modéré ;
- en mémoire épisodique verbale, un fléchissement de la récupération et une difficulté de stockage.

Notons une fragilité en mémoire épisodique non verbale.

Les autres fonctions cognitives testées (langage, praxies gestuelles et constructives, gnosies visuelles, mémoire à court terme verbale, mémoire épisodique antérograde verbale et visuelle, mémoire autobiographique) apparaissent en revanche globalement préservées.

Cette symptomatologie représente un trouble neuropsychologique de degré sévère léger à moyen dont l’origine reste à déterminer. Toutefois, au sein de notre examen, nous retrouvons des indices indiquant la possibilité d’une mobilisation non optimale des ressources cognitives chez une patiente présentant des difficultés thymiques pour lesquelles elle bénéficie déjà d’un suivi.

La conduite automobile est contre-indiquée d’un point de vue strictement neuropsychologique. Nous conseillons une réévaluation dans 6 mois en fonction de l’évolution clinique.” ;

- un rapport du 10 juin 2022 du Dr BB._____, spécialiste en cardiologie, consécutif à un bilan du jour précédant excluant une atteinte cardiaque compte tenu de l’auscultation cardiopulmonaire et l’échocardiogramme dans les limites de la norme. Ce médecin a néanmoins prescrit à l’assurée du Bilol® 2,5 milligrammes par jour afin de limiter l’ampleur des tachycardies et de permettre la réalisation d’efforts plus importants progressivement. Selon ce cardiologue, la situation était assimilable à celle de patients après un long séjour effectué en soins intensifs présentant un déconditionnement majeur, avec un état dépressif compte tenu de l’absence de progrès durant de longues semaines ;

- des rapports des 21 février et 29 mars 2023 du Dr BC._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, suivant l’assurée depuis le 8 février 2022

à une fréquence de deux à trois fois par semaine. Posant les diagnostics incapacitants de déconditionnement général, asthénie - Covid long post vaccinal +++ (depuis 2021) - et de trouble dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques (F32.0 ; depuis 2021), le psychiatre traitant attestait une incapacité de travail totale depuis le 16 avril 2021. La seule limitation fonctionnelle décrite était une asthénie +++++, sans précision s'agissant des symptômes.

Le 5 mars 2023, l'assurée a adressé un mémo au Dr BD._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, en vue d'une future consultation du mardi 7 mars 2023. Elle y détaillait sa situation médicale depuis le 16 avril 2021 correspondant à la date du diagnostic de Covid.

Par avis du 17 avril 2023, le SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) a fait le point de la situation en retenant que le tableau clinique de l'assurée était complexe avec des douleurs chroniques lombaires et cervicales semblant apparues dans les suites d'un accident de la route en novembre 2017, selon le rapport de la gendarmerie dont il ressortait que cet accident avait eu lieu à faible énergie. Ainsi, il était peu vraisemblable que les douleurs persistantes puissent encore être attribuables à une atteinte somatique quelconque. Le rapport du Dr BC._____ était succinct en sorte que l'instruction devait être complétée afin d'obtenir des renseignements auprès du QT._____ lors de la consultation Covid long et à la Fondation de BG._____, où l'assurée aurait été suivie après avril 2021, ainsi qu'auprès du médecin généraliste et du psychiatre.

Dans un rapport du 24 avril 2023, le Dr W._____ a répondu à l'OAI en faisant part d'une évolution identique à celle décrite en octobre 2022. L'importante dyspnée était la cause principale des limitations fonctionnelles mais l'assurée présentait aussi des troubles de la mémoire ainsi qu'une fatigabilité importante. Les arrêts de travail étaient établis par le psychiatre (Dr BC._____). Le médecin traitant a joint un rapport du 30 janvier 2023 du Dr BF._____, spécialiste en pneumologie qui confirmait l'absence d'atteinte pulmonaire (pas de trouble respiratoire du sommeil ou

de désaturations nocturnes significatives) chez l'assurée. Ce pneumologue n'avait pas d'autre proposition thérapeutique que la poursuite de la physiothérapie de reconditionnement et de contrôle respiratoire.

Par rapport du 26 avril 2023 adressé en réponse au questionnaire de l'OAI, le Dr BC. _____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent sévère avec symptômes somatiques, d'allure réactionnel (F33.11). Selon le psychiatre traitant, l'assurée avait un moral impressionnant compte tenu des difficultés qu'elle rencontrait depuis deux ans. Après avoir détaillé le status, le psychiatre traitant a indiqué ne pas pouvoir fournir une anamnèse personnelle et familiale précise car l'assurée avait de la peine à se concentrer et à se remémorer des dates ; une anamnèse était à faire ultérieurement quant elle irait mieux. Les limitations fonctionnelles étaient : une asthénie, des difficultés à se concentrer, à réfléchir, à mémoriser, des difficultés à se déplacer (l'assurée sortait de moins en moins de chez elle), la tenue de la position debout durant quarante-cinq minutes le matin puis le besoin de faire une sieste ; l'assurée restait couchée l'après-midi, et un ralentissement de vie aux plans tant physique que psychique.

Le 31 mai 2023, l'OAI a reçu une copie de la main courante d'un entretien du 29 septembre 2021 entre l'assurée et un psychiatre à la BG. _____ dont il ressort l'absence d'éléments médicaux pour retenir un épisode dépressif.

Par avis du 29 juin 2023, le SMR a retenu l'absence d'atteintes à la santé somatique motivant une incapacité de travail durable. Les examens pneumologiques étaient dans la norme en début 2023 et ceux réalisés à la consultation Covid long au QT. _____ avaient été revus par le Dr BF. _____, pneumologue, lequel confirmait l'absence d'atteinte pulmonaire. Du point de vue psychiatrique, la situation restait floue alors que le psychiatre consulté n'était pas en mesure d'établir une anamnèse compte tenu des difficultés de l'assurée à se concentrer et se remémorer des dates. L'instruction devait être complétée par l'obtention de rapports médicaux supplémentaires.

Dans un rapport du 3 juillet 2023, les médecins de la Consultation Covid long d'O._____ ont diagnostiqué une affection post Covid. Ces médecins décrivaient les plaintes de l'assurée ainsi que leurs examens sans poser de conclusion, ni se prononcer sur la capacité de travail.

Par avis du 7 mars 2024, le SMR a estimé que l'assurée se plaignait de fatigue, de troubles cognitifs et psychiques en l'absence d'éléments médicaux concrets en sorte qu'il s'agissait d'une affection post covid complexe. Le SMR demandait la mise en œuvre d'une expertise neurologique, neuropsychologique, psychiatrique et de médecine interne.

Dans un rapport du 15 avril 2024, se référant à la proposition de la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire du SMR, le Dr BC._____ a indiqué que les diagnostics psychiatriques étaient secondaires à l'état somatique de l'assurée qui survivrait avec 5 % de son énergie normale ayant refait un Covid en début d'année et qui ne pouvait pas se déplacer jusqu'à Neuchâtel, Nyon ou Genève pour une expertise, ni répondre à plus de dix questions. L'unique moyen de l'expertiser était que les experts se déplacent au QT._____ et qu'un seul médecin à la fois évalue son état de santé, ceci avec une semaine d'intervalle afin qu'elle puisse récupérer. Selon le psychiatre traitant, l'assurée souffrait d'une atteinte possiblement neurologique mais surtout cardiovasculaire en raison de son hypoxie chronique depuis avril 2021, avec une symptomatologie psychiatrique réactionnelle. La protéine spike d'origine virale et vaccinale l'avait affectée de manière durable dans sa santé.

Par courrier du 2 décembre 2024, l'OAI a mandaté la BJ._____ (ci-après : la BJ._____) à QR*** pour la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire, situation dont les médecins traitants étaient informés. De son côté, l'assurée a été renseignée de ce mandat d'expertise par communication du 6 décembre 2024 de l'OAI.

Le 13 janvier 2025, le centre d'expertise précité a invité l'assurée à se rendre le 27 janvier 2025 dans ses locaux afin de procéder à

l'expertise pluridisciplinaire mandatée par l'OAI qui devait se dérouler durant plusieurs jours, selon le programme détaillé joint.

Par courriel du 20 janvier 2025, l'assurée a sollicité le report par l'OAI de l'expertise pluridisciplinaire prévue du 27 au 30 janvier 2025 à la BJ._____ afin de lui faire part de ses explications.

Par courriel du 21 janvier 2025, l'assurée a demandé à l'OAI l'annulation des rendez-vous d'expertise à la BJ._____, au motif qu'elle n'était pas en mesure de respecter le planning prévu pour les évaluations médicales en raison de son état de santé général qui ne lui permettait pas d'assumer un tel programme, sans risquer une aggravation notable de sa santé.

Par envoi recommandé du 22 janvier 2025 dont une copie a été expédiée le même jour à la BJ._____, l'OAI a sommé l'assurée de se rendre auprès dudit centre d'expertises aux dates prévues dans sa convocation du 13 janvier 2025 et de coopérer activement lors des examens, sous peine qu'une décision soit prise en sa défaveur en l'état du dossier. Il était précisé que les Drs BC._____ et W._____, qui avaient été informés le 2 décembre 2024, n'avaient émis aucun avis contraire.

Par courriel du 24 janvier 2025, l'assurée a répondu à cette sommation en renvoyant l'OAI au rapport établi le 15 avril 2024 détaillant les contraintes liées à sa participation à de futures expertises et les adaptations nécessaires pour permettre sa collaboration sans péjorer son état de santé. Elle ajoutait être disposée à collaborer pleinement dans la mesure de ses moyens.

Dans un courriel du 25 janvier 2025 et un courrier du 17 avril 2025, l'assurée s'est longuement déterminée sur sa situation de santé, réitérant son entière disposition à collaborer dans la mesure de ses capacités actuelles.

Interpellé par l'OAI sur la procédure en cours afin de savoir si une expertise pluridisciplinaire était toujours nécessaire ou si seule une expertise psychiatrique pouvait être envisagée, par avis du 10 mars 2025, le SMR a maintenu que l'expertise multidisciplinaire demandée était toujours d'actualité, d'autant qu'elle était nécessaire selon les recommandations pour le bilan de médecine d'assurance. Le SMR a ajouté que toutes les spécialités mentionnées étaient requises.

Le 31 mars 2025, l'OAI a adressé une nouvelle sommation à l'assurée lui demandant de confirmer par écrit d'ici au 14 avril 2025 son accord à se rendre à l'expertise pluridisciplinaire exigée et exigible en l'espèce, comprenant les volets de médecine interne générale, neurologie, neuropsychologie, psychiatrie et psychothérapie. En cas d'acceptation, une nouvelle expertise serait organisée. Cette sommation répondait en outre par la négative à la demande d'aménagement qui n'était pas envisageable et rappelait que, selon les termes de la loi, le choix du lieu d'expertise était aléatoire.

Le 17 avril 2025, l'assurée a décrit ses troubles quotidiens et a sollicité des aménagements des expertises à réaliser afin qu'elles soient proportionnées et en adéquation avec ses circonstances personnelles, ce qui incluait son état de santé déficient.

Par projet de décision du 12 mai 2025, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations (mesures professionnelles/rente d'invalidité). En réitérant sa volonté à se rendre à l'expertise pluridisciplinaire qui était organisée sous réserve d'aménagements particuliers – aménagements qui ne pouvaient pas être mis en œuvre –, la réponse de l'intéressée était interprétée comme un refus de collaborer à l'instruction de son dossier. L'OAI était contraint de statuer en l'état. En l'absence de l'expertise demandée, il était dans l'impossibilité de déterminer le droit de l'assurée aux prestations de l'assurance-invalidité.

Par déterminations du 12 juin 2025, l'assurée a fait part à l'OAI de son désaccord avec le projet de décision précité en développant ses arguments sur vingt pages et en joignant douze pages audit courrier.

Le 18 juillet 2025, l'assurée a encore adressé à l'OAI une synthèse très complète et détaillée en complément à ses remarques sur le préavis négatif du 12 mai 2025.

Le 21 août 2025, l'assurée, désormais conseillée par Me Joël Crettaz, a complété ses objections sur le projet de décision du 12 mai 2025 en remettant à l'OAI un rapport du 19 août 2025 du Dr BC._____. Le psychiatre traitant évoquait un risque de décompensation fonctionnelle chez sa patiente dans l'éventualité où l'expertise pluridisciplinaire envisagée ne respectait pas certains aménagements, à savoir une durée réduite, des horaires adaptés (après-midi) et des espacements suffisants entre les rendez-vous d'expertises. Le Dr BC._____ craignait qu'une expertise mal encadrée compromette la stabilité mentale de l'assurée et génère un besoin de réévaluation du traitement psychiatrique, voire engendre une perte fonctionnelle prolongée. Il évoquait un ralentissement cognitif, un épuisement émotionnel, et qualifiait la situation de sévère.

Après avoir soumis la contestation de l'assurée au SMR (avis du 18 septembre 2025), par décision du 24 septembre 2025, l'OAI a confirmé son projet de décision du 12 mai 2025 refusant à l'assurée le droit à des mesures professionnelles ainsi qu'à une rente d'invalidité.

B. Par acte du 21 octobre 2025, C._____, représentée par Me Joël Crettaz, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 24 septembre 2025, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle explique, pour l'essentiel, souffrir d'un Covid long dont les effets sont multifactoriels et bénéficier d'une prise en charge par plusieurs spécialistes compte tenu de la complexité du cas, ainsi qu'en atteste la lecture du dossier. Selon ses dires, une telle complexité de la situation amène les malades à être « ballotés » entre de nombreuses spécialités médicales car aucune d'elles n'est véritablement à même

d'assurer seule une prise en charge. Elle ajoute que parmi les très nombreux spécialistes qui l'ont examinée certains l'ont « abandonnée », tel que le Dr L. _____ qui lui aurait avoué ne plus pouvoir assurer son suivi faute de compétences requises, et qu'elle est finalement prise en charge par un médecin psychiatre alors que celui-ci retient que les troubles identifiés dans ses rapports sont secondaires à l'état somatique. La recourante observe en outre que la complexité de l'affection post-Covid a été relevée à plusieurs reprises par le SMR, citant une note du dossier où il est écrit : « Concernant la situation médicale, tout est très confus ». S'agissant de l'obligation de collaborer à l'instruction, elle rappelle qu'elle n'est pas opposée au principe d'une expertise multidisciplinaire. Elle ne conteste pas que la sommation du 31 mars 2025 satisfait aux exigences requises en la matière. Par contre, la recourante reproche à l'OAI, dans la sommation en question, de faire abstraction des remarques du Dr BC. _____ du 15 avril 2024, lequel qualifiait de « complètement irréaliste » la possibilité pour sa patiente de se rendre à une expertise sans les aménagements nécessaires. La recourante soutient que les adaptations en question pouvaient être acceptées ou qu'il convenait d'envisager d'autres mesures d'instruction, et reproche à l'OAI de ne pas avoir interpellé les experts de la BJ. _____ en vue de se positionner sur l'avis du Dr BC. _____ et prendre, le cas échéant, leur responsabilité dès lors que le médecin traitant atteste que le rythme d'expertises imposé est susceptible d'aggraver l'état de santé. Elle est d'avis qu'il est injuste de lui faire supporter les conséquences résultant de l'impossibilité pour l'OAI de procéder aux mesures d'instruction commandées par la situation, à savoir que les consultations n'aient lieu que l'après-midi, qu'elles soient espacées dans le temps et de durée limitée. La recourante se réfère également à un arrêt CASSO AI 253/23 du 24 octobre 2024 traitant de la problématique du Covid long. Selon la recourante, non seulement l'expertise pluridisciplinaire était tout à fait réalisable moyennant le respect des aménagements sollicités mais l'OAI avait envisagé d'autres mesures d'instruction telle que la réalisation d'une expertise psychiatrique puis y avait renoncé. Ce faisant, l'intimé aurait contrevenu à ses obligations selon l'art. 43 al. 2 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1). Dans l'éventualité où il était retenu un refus de collaborer à une

mesure d'instruction, la recourante fait valoir que son refus, fondé sur un motif clairement reconnaissable, serait légitime et excusable en vertu de l'art. 43 al. 3 LPGA. Pour le reste, elle estime que le refus des prestations de l'assurance-invalidité est infondé au vu de son état de santé influencé par les symptômes fluctuants du Covid long depuis 2021. Elle fait valoir que, selon le Dr BC._____, ce ne sont pas les troubles psychiques qui motivent l'invalidité mais bien les importantes atteintes à la santé somatique, soit une dyspnée, un syndrome d'hyperventilation, des troubles de concentration et de la mémoire, un trouble attentionnel, une importante fatigue qui se répercute sur le quotidien, une hypoxie et la bradypsychie, un dérèglement neurovégétatif, une dysautonomie, etc. La recourante déplore l'absence d'une évaluation de l'ensemble des éléments médicaux pour exclure toute invalidité et soutient que l'absence de motivation viole son droit d'être entendue.

Dans sa réponse du 27 novembre 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Dans sa réplique du 6 janvier 2026, maintenant ses précédentes conclusions, la recourante répète que l'OAI ne pouvait pas s'abstenir de se déterminer sur l'avis du Dr BC._____ au dossier sans violer la garantie du droit d'être entendu et que le traitement du cas atteste une méconnaissance des effets d'un Covid long. Elle a produit une attestation du 18 décembre 2025 du Dr BN._____, médecin adjoint auprès de la Consultation Covid long d'O._____, qui certifie qu'en raison de l'état de santé actuel, il convient d'éviter tout type d'effort susceptible de provoquer des malaises post-effort et que cela inclut les efforts physiques, cognitifs, émotionnels et sociaux. A défaut de telles précautions, les malaises post-effort peuvent contribuer à la prolongation, voire à l'aggravation, des troubles de santé liés à l'affection post-Covid. La recourante estime que cela s'ajoute aux éléments déjà nombreux au dossier dont il ressort qu'elle ne peut pas, sans mettre en danger sa santé, se soumettre aux modalités d'expertise imposées par l'OAI.

En droit :

1. a) La LPGA 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 la question de savoir si l'intimé était en droit de rejeter la demande de prestations de l'assurance-invalidité de la recourante en raison d'un défaut fautif de collaborer.

3. a) La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire (art. 43 al. 1 LPGA), selon lequel les faits déterminants pour la solution du litige doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin avec la collaboration des parties. Il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement (art. 61 let. c LPGA). En principe, l'assuré ne supporte ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves (TF 9C_476/2021 du 30 juin 2022 consid. 5.2.1). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_414/2022 du 24 janvier 2023 consid. 4.2 ; TF 9C_237/2013 du 22 mai 2013 consid. 4.1). Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dès lors que, en cas

d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 139 V 176 consid. 5.2).

b) Aux termes de l'art. 43 al. 3 LPGA, l'assureur qui se heurte à un refus inexcusable de renseigner ou de collaborer à l'instruction peut soit se prononcer en l'état du dossier, soit clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière sur la demande de prestations. Il est toutefois tenu d'adresser préalablement à la personne assurée une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques de son refus et lui impartissant un délai de réflexion convenable.

c) Le comportement de la personne assurée est qualifié d'inexcusable en vertu de la disposition précitée lorsqu'il apparaît comme totalement incompréhensible ou lorsqu'aucun motif justificatif n'est reconnaissable (TF 9C_388/2022 du 24 avril 2023 consid. 3.2 ; 8C_396/2012 du 16 octobre 2012 consid. 6 ; TF I 166/06 du 30 janvier 2007 consid. 5.1). Il en va différemment lorsque celle-ci n'est pas en mesure, du fait d'une maladie ou pour d'autres raisons, de donner suite aux mesures ordonnées (TF 8C_733/2010 du 10 décembre 2010 consid. 5.3 ; JACQUES OLIVIER PIGUET, *in* Commentaire rommand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2025, n. 51 *ad* art. 43 LPGA).

d) Le refus de collaborer ne doit être sanctionné que pour autant que l'assureur a, en parallèle, tout mis en œuvre pour constituer un dossier aussi complet que possible. Il ne saurait se décharger sur la personne assurée de mesures d'instruction auxquelles son devoir d'élucider d'office les faits déterminants lui commande de procéder. Il s'ensuit que toute attitude passive, voire tout refus de collaborer, de la personne assurée n'entraîne pas nécessairement un préjudice pour celle-ci, notamment lorsque l'assureur serait en mesure de se fonder sur d'autres données que celles dont il demande la communication ou lorsque, sans démarches excessivement compliquées, il aurait pu ou pourrait obtenir ailleurs les renseignements qui lui font défaut (ATF 108 V 229 consid. 2 ; TF 9C_763/2016 du 9 octobre 2017 consid. 4.2.1 ; 9C_505/2010 du 2 mai 2011 consid. 3.1 ; JACQUES OLIVIER PIGUET, *op. cit.*, n. 52 *ad* art. 43 LPGA).

e) Lorsque l'assureur se prononce en l'état du dossier, il ne peut se contenter d'examiner la situation sous l'angle du seul refus de collaboration de la personne assurée, mais doit procéder à une évaluation du point de vue matériel à la lumière des pièces au dossier (TF 9C_961/2008 du 30 novembre 2009 consid. 6.3.2 ; TF I 988/06 du 28 mars 2007 consid. 7).

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

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément

déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (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_647/2020 du 26 août 2021 consid. 4.2 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références ; TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références). 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 8C_697/2023 du 17 septembre 2024 consid. 3.3.2 et les références ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références).

d) 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 asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du

médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

5. En l'espèce, la recourante nie avoir refusé de se soumettre à une expertise et soutient en avoir contesté uniquement les modalités. Elle ajoute que l'expertise n'était pas nécessaire, le dossier comprenant les éléments suffisants pour se prononcer.

a) Il convient d'abord d'examiner si cette mesure d'instruction était nécessaire.

Il est constant, comme l'argumente le SMR (cf. avis médical du 17 avril 2023), que la situation est complexe et nécessitait d'être élucidée par le biais d'une expertise pluridisciplinaire. La recourante présente des douleurs lombaires et cervicales après un accident de la circulation à faible énergie, une atteinte psychique mal étayée avec un code de dépression légère, une dyspnée liée à un déconditionnement physique dans le cadre de recherches de symptômes du Covid long, des indices de la possibilité d'une mobilisation non optimale des ressources cognitives, avec des troubles de la concentration et de la mémoire importants, des acouphènes bilatéraux chroniques, une tendance aux céphalées ainsi que la suspicion d'une importante fatigue. Selon le SMR (cf. avis médical du 29 juin 2023), l'atteinte psychique reste peu claire, en particulier sa gravité, qui n'est pas en adéquation avec les notes établies par le psychiatre précédent consulté en septembre 2021 à la BG._____. Aux termes d'un avis médical du 7 mars 2024, le SMR relève que les informations fournies par les médecins de la Consultation Covid long d'O._____ sont peu précises et que le rapport psychiatrique n'apporte pas d'éléments médicaux convaincants. Le 10 mars 2025, en réponse à l'interpellation de l'OAI, le SMR a maintenu la nécessité de réaliser une expertise pluridisciplinaire. En effet, la demande de prestations déposée en juin 2021 l'est dans un contexte de douleurs chroniques apparues dans les suites d'un accident de voiture en novembre 2017. A cela s'ajoute un diagnostic de Covid long en avril 2021. L'instruction menée auprès des divers spécialistes consultés n'a pas permis d'obtenir des

renseignements médicaux objectifs permettant de retenir une capacité de travail nulle en raison des conséquences d'une affection post Covid. Les différents examens fournis mettaient en évidence chez l'assurée une fonction pulmonaire cardiaque dans la norme, un profil de sommeil satisfaisant et une absence de troubles neurologiques clairs. Le rapport du psychiatre traitant ne comportait pas d'éléments convaincants. Des tests neurologiques réalisés en décembre 2022 n'étaient pas interprétables en raison d'une possible mobilisation non optimale des ressources cognitives.

Si la recourante invoque principalement les effets sur sa santé d'un Covid long, il convient toutefois de noter que, dans sa demande de prestations déposée en juin 2021, elle mentionnait présenter une incapacité de travail depuis 2017 déjà et alléguait d'autres atteintes à la santé soit des douleurs et inflammation situées à la colonne vertébrale (notamment cervicales et lombaires), des migraines, un acouphène, un asthme et des douleurs à l'œil gauche. Elle a déposé sa demande à la suite d'un accident de voiture le 1^{er} novembre 2017 qui avait péjoré son état de santé. Dans son rapport du 28 juin 2021, le médecin traitant (le Dr W. _____) précisait que l'intéressée avait réduit son activité professionnelle d'elle-même en raison de symptômes et de limitations à raison de 60 % dès novembre 2017, puis de 70 % depuis novembre 2018 et qu'elle bénéficiait d'un arrêt de travail à 100 % depuis le 30 avril 2021 en raison des symptômes liés au Covid-19. Il apparaît ainsi que la recourante a estimé qu'elle n'était plus capable de travailler à des taux importants depuis la fin 2017 alors que cette incapacité n'était pas confirmée sur le plan médical. En juin 2021, puis plus tard en octobre 2022, le Dr L. _____ a posé des diagnostics somatiques divers (cervicalgies, lombalgies, douleurs de la hanche gauche persistantes et acouphènes chroniques bilatéraux) et a indiqué que la recourante était suivie par divers spécialistes (neurologues, rhumatologues, psychiatres, oto-rhino-laryngologues). L'état de santé de la recourante ne saurait donc être limité à la seule problématique d'un Covid long, ni à l'analyse d'une seule spécialité médicale.

La recourante admet qu'elle souffre d'une affection particulière, issue d'une situation médicale complexe, pour le motif, notamment, que les

effets du Covid long sont multifactoriels ce qui amène les malades à être « ballotés » entre de nombreuses spécialités médicales sans qu'aucune d'entre elles ne soit véritablement à même d'assurer seule une prise en charge. Dans son acte de recours du 21 octobre 2025, elle ajoute que de très nombreux spécialistes l'ont examinée, qui, pour certains, l'ont « abandonnée » (par exemple le Dr L. _____ qui lui aurait avoué qu'il ne pouvait plus assurer son suivi faute de compétences suffisantes) pour être finalement prise en charge par un médecin psychiatre alors que celui-ci observe dans ses rapports que les troubles qu'il a identifiés sont secondaires à un état somatique. Elle observe au demeurant que la complexité de l'affection post-Covid a été relevée à plusieurs reprises par le SMR et cite une note au dossier résumant la situation : « Concernant la situation médicale, tout est très confus ». Il résulte de ce qui précède que la recourante admet la complexité de sa situation sur le plan médical.

Il convient de préciser que la proposition qui a été faite, visant à n'effectuer qu'une expertise psychiatrique, n'est pas adéquate dès lors que le psychiatre traitant (le Dr BC. _____) affirme que les troubles psychiques, au demeurant non incapacitants de l'aveu de la recourante, ne sont que secondaires à l'état somatique. Il semble ainsi d'emblée qu'une expertise psychiatrique n'aurait pas été suffisante, seuls des troubles de nature somatique invalidants étant invoqués en l'espèce.

En conclusion, dans cette situation médicale complexe, une expertise pluridisciplinaire était absolument nécessaire, comme le SMR l'a confirmé le 10 mars 2025.

b) Il convient de déterminer si la recourante fait valoir des motifs excusables à son refus de collaborer à l'expertise telle qu'elle a été proposée et mise en place.

En substance, la recourante fait valoir que le programme détaillé de la B.J. _____ était trop exigeant en se référant aux rapports du Dr BC. _____. Le 15 avril 2024, ce médecin a indiqué que les diagnostics psychiques étaient secondaires à l'état somatique, que la recourante

survivait avec 5 % de son énergie normale sans expliquer ni justifier ce constat, qu'elle ne pouvait pas se déplacer jusqu'à Neuchâtel, Nyon ou Genève pour une expertise, ni répondre à plus de dix questions. Selon le médecin traitant, le seul moyen de l'expertiser était que les experts se déplacent à QT._____ et qu'un seul médecin à la fois évalue son état de santé, ceci avec une semaine d'intervalle afin qu'elle puisse récupérer. Le Dr BC._____ est d'avis que la recourante est possiblement atteinte au plan neurologique mais surtout cardiovasculaire en raison de son hypoxie chronique depuis avril 2021, avec une symptomatologie psychiatrique réactionnelle. Il incrimine la protéine spike d'origine virale et vaccinale ayant affecté sa patiente très durablement dans sa santé.

Ce rapport est dépourvu de toute motivation médicalement étayée. Il n'explique pas pour quel motif la recourante ne pouvait pas être amenée au lieu de l'expertise, ni le besoin de bénéficier d'une semaine de repos entre les consultations. Ses propos ne sont pas motivés et relèvent même de suppositions sur l'état de santé physique qui ne sont pas corroborées par les spécialistes consultés. Les constats du psychiatre sont en outre en contradiction avec les nombreux et longs courriels ou courriers remplis d'informations adressés par la recourante à l'OAI pendant la période à laquelle elle aurait dû être expertisée (cf. courriel du 25 janvier 2025 et courrier du 17 avril 2025). Par ailleurs sa détermination du 12 juin 2025 est particulièrement riche et structurée, ainsi que ses analyses argumentées sur une vingtaine de pages avec des annexes, ces pièces contredisant toutes les indications de troubles cognitifs sévères allégués. La synthèse écrite par la recourante le 18 juillet 2025 est également très complète et détaillée, et est totalement en contradiction avec le ralentissement cognitif, l'épuisement émotionnel et la situation de santé qualifiée de sévère allégués par le psychiatre traitant dans son rapport du 19 août 2025.

En outre, le Dr BC._____ admet que les atteintes relevant de sa spécialité ne sont pas invalidantes. Par conséquent, son appréciation de l'incapacité de la recourante à participer à une expertise pluridisciplinaire pour des raisons somatiques ne sauraient convaincre. En définitive, ses rapports successifs sont peu étayés et reposent sur peu d'élément objectif.

Par ailleurs, aucun rapport des nombreux médecins consultés par la recourante sur le plan somatique n'atteste un quelconque empêchement de celle-ci de se rendre à la BJ._____ afin d'y être expertisée dans le cadre d'un court séjour. Dans un très bref rapport peu étayé et très vague du 18 décembre 2025, le Dr BN._____ atteste qu'il convient d'éviter tout type d'effort susceptible de provoquer des malaises post-effort, ce qui induit des efforts physiques, cognitifs, émotionnels et sociaux. Il n'indique pas que la réalisation d'une expertise telle que projetée est contraindiquée. Or, il convient de relever que les personnes soumises à des expertises sont forcément atteintes dans leur santé, parfois même très atteintes, ce que les experts prennent en considération, dans la mesure de leur possibilité, dans le cadre de l'organisation de l'expertise et de leur appréciation.

La recourante requiert en substance que les consultations n'aient lieu que durant l'après-midi, à domicile (par téléconsultation), qu'elles soient espacées dans le temps et d'une durée limitée. Sur cette dernière exigence, seul l'examineur peut décider du temps qui lui est nécessaire pour réaliser son expertise. Cela étant, il peut prendre en compte l'état de l'examinée au moment de la consultation et, si nécessaire, interrompre l'examen et refixer au besoin une nouvelle consultation. Cette possibilité est d'autant plus réalisable lorsque l'assurée est examinée en milieu stationnaire comme à la BJ._____. Quant à savoir s'il est impératif d'espacer les consultations dans le temps davantage que proposé, cette exigence n'est pas justifiée objectivement, la recourante pouvant se reposer au sein même de l'établissement entre les consultations étalées sur plusieurs jours ; en outre, les experts auraient pu tenir compte de sa fatigue si la recourante avait collaboré et s'était rendue sur place, mais elle a préféré refuser de s'y rendre même pour la première consultation. Enfin, on ne voit pas ce qui contraindiquerait des consultations le matin dès lors que la recourante aurait été directement sur place pour l'examen.

A l'appui de son argumentation, la recourante se réfère à un arrêt CASSO AI 253/23 du 24 octobre 2024 constatant les symptômes du Covid long. Or, l'assuré, dans ce cas, a été reconnu comme souffrant des

symptômes du Covid long à la suite d'une expertise pluridisciplinaire à laquelle il avait collaboré malgré la diminution de la tolérance à l'effort, un état de fatigue général, une dyspnée et un manque de force. Cette situation n'est donc pas identique au cas de la recourante. Il importe encore de préciser que l'expertise réalisée à l'époque n'était pas suffisamment probante de sorte que l'assuré en question devait être soumis à une deuxième expertise, ce qui ne paraissait pas poser de problème. Rien ne s'oppose donc à ce que les personnes atteintes de Covid long, comme les autres pathologies, soient soumises à des expertises pluridisciplinaires, d'autant plus à une expertise telle qu'aménagée en l'espèce par l'OAI.

En prévoyant la réalisation de l'expertise dans le cadre d'un séjour sur quatre jours au sein de la BJ. _____ de QR***, l'OAI a pallié aux difficultés essentielles alléguées. Si elle s'était rendue à la BJ. _____ le premier jour, la recourante ne se serait déplacée qu'une seule fois, dans un lieu relativement proche de chez elle, avec la possibilité de se reposer entre les consultations. En outre, l'assurée étant en séjour hospitalier, son état aurait été suivi et surveillé de sorte qu'un épuisement lié à sa faible résistance à l'effort aurait immédiatement pu être détecté et pris en compte en adaptant au besoin le cadre de la réalisation de l'expertise. La recourante a suggéré que les experts soient interpellés et qu'ils se positionnent sur les risques entrepris, ce qu'ils n'étaient à l'évidence pas en mesure de faire sans l'avoir vue. Cela étant, comme le relève le SMR, un épisode dépressif léger à moyen n'est pas de nature à empêcher les déplacements. Au demeurant, malgré ses pathologies et son énergie cotée à 5 % par son psychiatre, la recourante a réussi à rédiger plusieurs courriels circonstanciés pour demander le report de l'expertise et un aménagement qui lui convienne, puis elle a rédigé des résumés et analyses de sa situation qui attestent d'une force suffisante pour répondre aux questions des experts.

En définitive, il convient de rappeler qu'il n'y a violation de l'obligation de collaborer par la personne assurée au sens de l'art. 43 al. 3 LPGA que si elle a été commise de manière inexcusable. En ce sens, elle doit être fautive, ce qui est le cas lorsqu'aucun motif justificatif n'est

reconnaissable ou que le comportement de la personne assurée s'avère totalement incompréhensible, comme en l'espèce. La recourante a été en mesure de consulter divers spécialistes, de se déterminer longuement et de manière détaillée sur sa situation, ce qui ne permet pas de comprendre son refus de se présenter à la BJ._____, ce d'autant plus que cet établissement est proche de chez elle, qu'il lui permet de rester en séjour sans faire des déplacements multiples et de se reposer entre les consultations. La prise en charge aurait été respectueuse de son état de santé et si un problème quelconque avait surgi, les experts auraient pu en tenir compte en adaptant le temps des consultations. La recourante a toutefois refusé de se rendre à la BJ._____ en invoquant des empêchements et exigences qui ne sont pas objectivement justifiés sur le plan médical.

Il sied de conclure qu'en maintenant ses exigences injustifiées et en refusant de se rendre à la BJ._____, la recourante a ainsi refusé de collaborer à l'instruction de son dossier sans motif excusable.

c) Il y a lieu d'examiner si l'OAI a respecté les exigences procédurales en cas de refus de collaborer.

A cet égard, la recourante ne conteste pas que la sommation du 31 mars 2025 satisfait aux exigences requises. Cette sommation répond en outre par la négative à la demande d'aménagement qui n'est pas envisageable en rappelant que le choix du lieu d'expertise est aléatoire selon les termes de la loi. Elle était précédée d'une sommation du 22 janvier 2025.

d) Enfin, il y a lieu d'examiner si l'OAI s'est valablement prononcé en l'état du dossier. Il convient ainsi d'analyser la situation médicale résultant du dossier.

aa) Sur le plan neurologique, le Dr F._____ a rassuré la recourante de l'absence de toute maladie de Parkinson débutante et également de l'absence de trémor essentiel, et a ajouté que la patiente « fort sympathique » était surdosée en antidépresseurs prescrits à la suite

d'un syndrome de stress post-traumatique en 1992 (cf. rapport du 8 février 2018). Puis, le Dr K._____ a constaté le 28 mai 2021 que la recourante regrettait de ne pas être reconnue dans la causalité des troubles avec l'accident (à faible énergie, dont les circonstances sont décrites dans le rapport de police du 9 novembre 2017) mais qu'il n'existait en fait qu'une importante contracture cervicocapsulaire sans limitation des mouvements de rotation ou de flexion-extension cervicales. En l'absence d'une organicité liée à l'accident entraînant la persistance des troubles et de la contracture fonctionnelle musculaire, ce neurologue a proposé à la patiente de limiter sa demande sur le plan asséculoologique de façon assez modestement pour pouvoir clore le cas. Ces rapports ne permettent pas de retenir l'existence d'atteintes invalidantes.

bb) Sur le plan rhumatologique, le Dr J._____ a retenu, le 31 août 2020, que l'assurée se plaignait des douleurs musculosquelettiques de la nuque et du dos et a proposé le maintien des séances de physiothérapie en axant les thérapies physiques sur le renforcement musculaire proprioceptif paravertébral, l'amélioration de la statique ainsi que de la mobilité rachidienne. Ce rapport n'objective pas des limitations fonctionnelles dues à des atteintes rhumatologiques, mais se réfère aux plaintes de la recourante.

cc) Sur le plan de l'oto-rhino-laryngologie, le Dr H._____ a indiqué le 7 mai 2019 que la recourante se plaignait d'acouphènes chroniques bilatéraux à la suite de l'accident de 2017 et lui a suggéré une optimisation de sa qualité de sommeil et une hygiène de vie permettant une meilleure gestion de l'acouphène. Ce médecin n'a constaté aucune asymétrie auditive ni atteinte de l'audition et a précisé que l'assurée allait poursuivre avec des séances d'autohypnose. Il n'en résulte ainsi pas d'atteinte objective invalidante.

dd) Sur le plan pneumologique, l'asthme était sous contrôle le 28 février 2020. Puis, la recourante a suivi des consultations auprès de l'QT._____ (QT._____) dans le cadre d'un Covid long. Le 1^{er} juillet 2021, sont évoqués un déconditionnement important et un syndrome d'hyperventilation, ainsi que, sur le plan neuropsychologique, des troubles

de la concentration et de la mémoire importants d'origine multifactorielle probable. Le 15 mars 2022, la recourante mentionnait une amélioration des symptômes, avec diminution de la dyspnée. Elle décrivait la persistance des crises d'hyperventilation ainsi qu'une importante fatigabilité post effort (cf. rapport du 30 mars 2022 du Dr I. _____). Ne se sentant pas écoutée par le QT. _____, elle a consulté le Dr BF. _____ qui n'a pas détecté de trouble respiratoire du sommeil ou de désaturations nocturnes significatives dans son rapport du 30 janvier 2023, recommandant la poursuite de la physiothérapie de reconditionnement et de contrôle respiratoire pour traiter le trouble du contrôle ventilatoire.

Les médecins de la Consultation Covid long d'O. _____ ont pris la suite de la prise en charge après le QT. _____ dont la recourante n'était pas convaincue. Le 3 juillet 2023, les médecins d'O. _____ ont diagnostiqué une affection post Covid en rappelant les différentes plaintes de la recourante et les examens réalisés sans toutefois se déterminer, ni poser de conclusion ni se prononcer sur la capacité de travail. Ces éléments sont donc insuffisants pour retenir une atteinte invalidante.

ee) Sur le plan neuropsychologique, la recourante a été évaluée au N. _____ en raison des plaintes mnésiques présentées par elle en lien avec son Covid. Après divers examens, il a été diagnostiqué, le 16 mai 2022, un trouble neurocognitif mineur (essentiellement attentionnel) d'étiologie possiblement thymique. Le rapport d'examen neuropsychologique des 19 octobre et 3 décembre 2021 établi par P. _____, psychologue spécialiste en neuropsychologie, a mis en évidence chez l'assurée globalement orientée, nosognosique et légèrement ralentie, un trouble attentionnel sévère (ralentissement sévère de l'alerte, fléchissement attentionnel divisé), un déficit exécutif modéré et en mémoire épisodique verbale, un fléchissement de la récupération et une difficulté de stockage. Il était noté une fragilité en mémoire épisodique non verbale. Les autres fonctions cognitives testées (langage, praxies gestuelles et constructives, gnosies visuelles, mémoire à court terme verbale, mémoire épisodique antérograde verbale et visuelle, mémoire autobiographique) apparaissaient en revanche globalement préservées. Cette symptomatologie représentait un trouble

neuropsychologique de degré de sévérité léger à moyen dont l'origine restait à déterminer. Durant cet examen il était retrouvé des indices indiquant la possibilité d'une mobilisation non optimale des ressources cognitives chez une patiente présentant des difficultés thymiques pour lesquelles elle bénéficiait déjà d'un suivi. Ces éléments ne sont toutefois pas suffisamment caractérisés pour retenir des limitations fonctionnelles générant une incapacité de travail, d'autant plus que nombre d'entre eux sont contredits par le contenu de plusieurs déterminations circonstanciées écrites par la recourante pour les besoins de la procédure.

ff) Sur le plan cardiologique, le Dr BB._____ a noté, le 10 juin 2022, l'absence d'atteinte cardiaque, l'auscultation cardiopulmonaire et l'échocardiogramme étant dans les limites de la norme. Il a prescrit à l'assurée un médicament (Bilol® 2,5 milligrammes par jour) pour limiter l'ampleur des tachycardies et lui permettre de faire de plus importants efforts progressivement.

gg) Sur le plan psychique, le psychiatre de la Fondation de BG._____ n'avait pas d'argument suffisant en septembre 2021 pour retenir un épisode dépressif. Le Dr BC._____, consulté depuis février 2022, a diagnostiqué, le 21 février 2023, un déconditionnement général, asthénie-Covid long post vaccinal +++ depuis 2021 et un trouble dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques F32.0 (soit un code de la dépression légère) depuis 2021, générant une incapacité de travail entière. La seule limitation fonctionnelle indiquée est une asthénie++++ et les symptômes sont peu décrits. Le 26 avril 2023, à la demande de l'OAI, le psychiatre traitant a précisé le degré de l'épisode dépressif codé F33.11 et le status psychiatrique. Dans ce rapport, il a indiqué qu'il n'arrivait pas à faire une anamnèse car la patiente avait de la peine à se concentrer et à se remémorer les dates. Ce point, vite balayé par le psychiatre traitant, s'avère toutefois surprenant. La recourante a en effet pu fournir des éléments précis pour établir son anamnèse à d'autres médecins consultés. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles décrites sont peu cohérentes. Concernant l'asthénie, les difficultés à se concentrer, à réfléchir et à mémoriser, il convient d'observer que de tels problèmes sont contredits par la qualité des

courriels très détaillés que la recourante a envoyés au Dr BD. _____ à la même période ainsi que les articles sur le Covid long dont elle a pris connaissance et qui l'ont inspirée pour son argumentation. S'agissant des difficultés à se déplacer et à se tenir plus de quarante-cinq minutes debout le matin, cette limitation fonctionnelle est peu cohérente pour une atteinte à la santé psychique. Le besoin de faire une sieste, avec l'indication que la recourante reste couchée l'après-midi, est une restriction qui ne coïncide pas avec la volonté exprimée par l'intéressée de pouvoir bénéficier de consultations auprès des experts uniquement l'après-midi. Enfin l'indication selon laquelle la recourante vit au ralenti tant physiquement que psychiquement, est une limitation qui n'est pas pertinente car elle est décrite de manière trop peu précise.

Le psychiatre traitant a précisé en outre que sa patiente avait un moral impressionnant, ce qui suggère l'existence de ressources. C'est le lieu de relever que les rapports successifs établis par le Dr BC. _____ ne contiennent aucune évaluation du cas de la recourante effectuée en application des indicateurs de la jurisprudence en matière d'affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes devant en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes à la santé 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). Des évaluations lacunaires ne permettent pas de faire une appréciation de la capacité de travail conforme aux règles de l'art selon la jurisprudence topique. De plus, le Dr BC. _____ livre des suppositions sur des atteintes physiques qui ne relèvent pas de sa spécialité médicale, alors que la recourante a consulté divers spécialistes en lien avec les maux de santé somatique.

hh) Le 18 septembre 2025, le SMR a maintenu qu'une expertise était indispensable au vu des incohérences de l'appréciation du psychiatre

traitant et de la nécessité d'une évaluation consensuelle pour le Covid long, ce d'autant plus que, dans ses précédents avis, il avait observé que les différents spécialistes consultés n'avaient pas attesté d'incapacité de travail, les examens étaient régulièrement dans la norme, montrant une fonction pulmonaire et cardiaque sans particularité, un profil de sommeil satisfaisant, ainsi qu'une absence de troubles neurologiques clairs. Contrairement à ce que soutient la recourante, le SMR a examiné l'ensemble des pièces médicales qui lui ont été soumises au fil de la procédure et a constaté, à chaque fois, les incohérences au dossier et la nécessité d'éclaircir la situation complexe par la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire. Après plusieurs appréciations de la situation médicale par le SMR à l'aune de l'ensemble des pièces médicales versées, l'OAI a considéré qu'il n'était pas en mesure de statuer sur la demande de prestations sans une expertise. Il a rejeté la demande de prestations déposée par la recourante, considérant le comportement de celle-ci comme un refus de collaborer à l'instruction de son dossier, dès lors qu'elle ne s'était pas présentée aux convocations.

Au vu de ce qui précède, l'intimé était en droit de considérer que la recourante avait refusé de se soumettre à une expertise pluridisciplinaire alors que cette démarche était une mesure d'instruction nécessaire pour établir son état de santé et une éventuelle incapacité de travail. A défaut d'une telle mesure, et dès lors que les autres documents médicaux au dossier ne donnaient aucune explication médicale aux symptômes présentés par la recourante, ni ne permettaient d'en établir la gravité, ni d'évaluer la capacité de travail, l'intimé a constaté à juste titre qu'en l'état du dossier, une atteinte à la santé entraînant une incapacité de travail durable de 40 % au moins n'était pas établie, faute de diagnostic et d'éléments probants.

e) Partant, c'est à juste titre que l'OAI a retenu que la recourante a refusé de façon inexcusable de collaborer à l'instruction de son dossier, de sorte qu'il était fondé à faire usage des sanctions prévues à l'art. 43 al. 3 LPGA pour nier le droit à la rente et à des mesures d'ordre professionnel de l'assurance-invalidité.

6. a) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

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

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

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 24 septembre 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de C._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Joël Crettaz, pour C. _____,
- 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 :