

VD_FINDINFO AI 45/20 - 167/2024 vom 10. Juni 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-06-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_45_20_-_167_2024

FR: VD_FINDINFO AI 45/20 - 167/2024 du 10 juin 2024

IT: VD_FINDINFO AI 45/20 - 167/2024 del 10 giugno 2024

Regeste

ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, EXAMEN PSYCHIATRIQUE, EXPERTISE PSYCHIATRIQUE, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, EXPERTISE MÉDICALE | 28 LAI, 4 LAI, 17 LPGA

Erwägungen

E. 4

et 28 LAI ; art. 17 LPGA E n f a i t : A. Z._____ (ci-après : l'assurée), née en 198[...], au bénéfice d'une formation de factrice, a travaillé pour W._____, jusqu'au 30 avril 2005. Le 16 mars 2005, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison de lombalgies empêchant le port de charge de plus de 5 kg et entraînant une incapacité de travail de 100 % dès le mois d'octobre 2004 et de 50 % dès le mois de février 2005 jusqu'au 30 avril 2005. L'assurée a été examinée au Centre hospitalier K._____ [...]. Dans un rapport du 25 janvier 2005, la Dre I._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et le Dr J._____, médecin-assistant, ont retenu le diagnostic de lombalgies chroniques non spécifiques sur dysbalances musculaires. Ils ont proposé que l'assurée reprenne son travail à un taux de 50 % sans porter de poids supérieur à 5 kg le 1^{er} février 2005, puis à un taux de 100 %, dans les mêmes conditions, dès le 15 février 2005. Sur avis de la Dre V._____ et du Dr U._____, médecin au sein du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), un examen rhumatologique a été mis en œuvre au SMR pour préciser les limitations fonctionnelles et la capacité de travail dans une activité adaptée. Dans son rapport du 2 février 2006, le Dr T._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation au SMR, a indiqué à l'anamnèse que l'assurée avait entamé, sans les mener à terme, des apprentissages de dessinatrice en bâtiment, puis de menuisière. Il n'a retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, signalant néanmoins une faiblesse constitutionnelle de la musculature posturale. Le médecin examinateur a conclu que l'assurée présentait une entière capacité de travail dans toutes activités. Le Dr T._____ a précisé qu'au vu de la constitution longiligne de l'intéressée et de sa musculature posturale à la limite du déconditionnement, les activités à fortes charges physiques étaient toutefois déconseillées, ce qui n'empêchait toutefois pas l'activité de postière et le port occasionnel de sacs de courriers de 20 à 25 kg. Par décision du 23 juin 2006, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée du 16 mars 2005, au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité. Cette décision est entrée en force. B. L'assurée a réussi le certificat fédéral de capacité d'employée de commerce en 2008, après un apprentissage auprès de la Fiduciaire S._____, société pour laquelle elle a continué à travailler jusqu'en 2009. Elle a ensuite été au service de R._____ en qualité de secrétaire. Après avoir occupé un poste

d'équipière pour Q._____, l'intéressée a travaillé comme employée de commerce pour P._____ (2011-2014) puis pour la Fondation O._____ selon un contrat de travail de durée déterminée du 1^{er} mai 2015 au 30 avril 2016. Elle dispose depuis 2011 de la qualification de formatrice pour les apprentis. Entre 2009 et 2016, elle a également connu plusieurs périodes de chômage. En raison de cervicalgies, l'assurée a consulté le Centre médical AA._____ (rapport du 21 septembre 2015). Le Dr AB._____, spécialiste en radiologie, a réalisé le 22 septembre 2015 une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la colonne cervicale révélant une volumineuse protrusion herniaire récesso-foraminale droite C5-C6 induisant un conflit C6. En incapacité de travail depuis le 29 septembre 2015, l'intéressée a bénéficié des prestations de N._____ [...], assureur perte de gain en cas de maladie de la Fondation O._____, laquelle a régulièrement soumis le cas de l'assurée à son médecin-conseil, le Dr AT._____, spécialiste en neurologie (cf. avis du médecin-conseil des 13 janvier, 17 février et 12 octobre 2016). Le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a requis des investigations neurologiques. Dans un rapport du 12 novembre 2015 à ce dernier, le Dr L._____, spécialiste en neurologie, a indiqué que, sous réserve du syndrome cervical, il n'y avait pas de syndrome radiculaire déficitaire aux membres supérieurs. L'examen EMG (électromyogramme) ne mettait pas en évidence de tels signes de souffrance radiculaire. L'assurée a consulté le Dr D._____, spécialiste en rhumatologie, qui a retenu ce qui suit (rapport du 9 décembre 2015) : Status : [...], pouls : 108. Bonne mobilité rachidienne dorso-lombaire indolore. Grande raideur cervicale avec des rotations de 30° environ, des inclinaisons de 10°, distance menton – sternum

E. 4.2

et les références). c) En l'occurrence et en l'état, il y a lieu de nier le droit de la recourante aux mesures professionnelles. Certes, la recourante présente une incapacité de gain de plus de 20 %. Elle dispose toutefois d'une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle, laquelle est adaptée selon les experts. De plus, la recourante est active à un taux d'activité de 50 %, ce qui représente le maximum exigible, si bien qu'il y a lieu de considérer qu'elle s'est réadaptée par elle-même, ce qui constitue au demeurant un aspect de l'obligation de diminuer le dommage (TF 9C_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 7 ; 9C_304/2020 du 8 juillet 2020 consid. 3 ; 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les références). Aussi, des prestations de l'assurance-invalidité d'ordre professionnelle ne sont pas nécessaires à la recourante en l'état. Mal fondé, cette conclusion doit être rejetée.

E. 4.4

et les références citées). 7. En l'occurrence, la Cour de céans n'a pu que constater les lacunes de l'expertise du Bureau d'expertise E._____ tant sur le plan formel que sur le plan matériel. Le volet rhumatologique, réalisé par le Dr E.R._____ comprenait d'évidentes contradictions. Ainsi, cet expert retenait un status « normal », mais constatait une raideur des cervicales avec une mobilité réduite dans tous les plans et qualifiait l'attitude de la recourante de « précautionneuse » sans expliquer les motifs qui justifiaient cette vague assertion. On ne comprenait en outre pas dans quelle mesure les diagnostics de somatisation et de cervicalgies avec raideur sur hernies discales C4-C5 et C5-C6 pouvaient coexister du fait de leur apparente incompatibilité. Sur le plan psychiatrique, le rapport du Dr E.P._____ apparaissait superficiel et lacunaire, sans analyse détaillée de la structure de la personnalité de la recourante ni anamnèse fouillée, malgré les rapports du

Dr X. _____ faisant état de troubles de la personnalité voire d'une modification de la personnalité depuis le début de l'âge adulte (rapports des 12 juin 2017, 21 mars, 14 août 2018 et 4 mars 2019), malgré le parcours de vie chaotique de la recourante, que ce soit durant sa jeunesse ou son parcours professionnel perturbé et malgré l'absence de confiance en soi et la mauvaise estime de soi. Le diagnostic de somatisation retenu par le Dr E.P. _____ semble également particulièrement peu étayé en présence d'un lourd parcours rhumatologique bien établi par les pièces du dossier. De plus, les experts n'avaient pas eu l'occasion de prendre position sur les examens neuropsychologiques réalisés par AG. _____ (rapport du 27 novembre 2017), lesquels avaient pourtant été mis en œuvre sous l'égide du SMR (avis du SMR du 4 octobre 2017). Aussi, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire apparaissait nécessaire.

E. 8

Selon les experts du Centre EJ. _____, la recourante présente les diagnostics – avec répercussion sur la capacité de travail – de cervicalgies (CIM-10 M50.8), puis de cervico-brachialgies (CIM-10 M53.1) droites sur troubles dégénératifs depuis le 7 septembre 2015 avec une volumineuse protrusion herniaire récesso-foraminale droite C5-C6 pouvant induire un conflit sur la racine C6 sans déficit neurologique, de douleurs cervico-dorsales au mois de juillet 2016 (bloc facettaire thoracique en juin et juillet 2016), d'hernie discale C4-C5 foraminale gauche découverte lors d'une IRM le 15 février 2018 et de status post discectomie C4-C5 et C5-C6 par voie antérieure, stabilisation dynamique avec implant type Prestige aux deux niveaux le 23 septembre 2019, ainsi que de trouble dépressif moyen, épisode isolé, depuis le mois de janvier 2022 (DSM 5 296.22 ; CIM-10 F32.1) et de trouble de la personnalité évitante, probablement depuis l'adolescence (DSM 5 301.82 ; CIM-10 F60.6). La recourante présente encore – sans incidence sur la capacité de travail – les diagnostics de douleurs rétro-trochantériennes gauches correspondant probablement à une minime tendinopathie du moyen fessier, de scapulalgies gauches sans substrat anatomique au niveau de l'épaule, d'antécédents d'une tuméfaction para-scapulaire gauche d'origine indéterminée en 2015 (structures musculaires normales et homogènes) sans substrat anatomique au jour de l'expertise, de lombalgies chroniques, sans substrat clinique, ni radiologique, de cervicalgies C3-C4 gauches et C2-C3 à droite mineures et d'agoraphobie (DSM 5 300.22 ; CIM-10 F40.00). Du point de vue neuropsychologique, les troubles actuels, mnésiques et exécutifs, n'avaient que peu changé par rapport à l'examen de 2017 et présentaient une étiologie psychique, anxieuse et dépressive « très vraisemblable » selon l'expert EJ.N. _____. Sur le plan rhumatologique, la Dre EJ.R. _____ a détaillé les taux d'activités exigibles en ces termes (cf. aussi expertise, pp. 34-35) : « 50 % du 29.09.2015 au 22.11.2015 0 % depuis le 23.11.2015 jusqu'au 30.04.2015 (Dr F. _____) 0 % du 24.11.2015 au 21.08.2016 (doc 40) 0 % de 2016 au 3.10.2017 (selon informations de l'assurance perte de gain ou de l'assurance maladie) 50 % depuis le 01.01.2018 (bien qu'on lui découvre sur une nouvelle IRM le 15.02.2018 une hernie discale supplémentaire C4-C5 foraminale gauche). 0 % du 05 au 12.12.2018 50 % jusqu'à la date de l'intervention le 23.09.2019 (licenciée le 29.02.2020 de chez AN. _____). 50 % (engagement à 50%, AS. _____) maintenu après la date de l'expertise pluridisciplinaire du 13.09.2019 (pas d'arguments fiables pour la présente expertise pour dire que Madame avait récupéré une capacité de 100%). 0 % pendant 6 mois après l'intervention chirurgicale sur les cervicales soit du 23.09.2019 à mars 2020. Madame est engagée le 15.03.2020 chez AS. _____ à 50 %. Maintien du 50 % depuis la date de l'expertise présente le 24.02.2022. 100 % dès le 01.09.2022, 6 mois après la mise en route

du traitement proposée par la présente experte (sevrage du Sirdalud et des autres médicaments, rééducation sous la formation d'un reconditionnement musculaire des cervicales). » Quant au Dr E.J.P. _____, il retient une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique jusqu'au 31 décembre 2021, puis admet une incapacité de travail de 50 % dès le 1^{er} janvier 2022 en raison du trouble dépressif moyen. Sur le plan neuropsychologique enfin, une diminution de rendement de 30 % est admise par l'expert E.J.N. _____ dans l'activité habituelle avec la précision que les atteintes présentaient une étiologie psychique. En revanche, dans une activité adaptée manuelle ne sollicitant que peu l'attention et pas du tout la mémoire, ni la lecture d'instructions écrites complexes, la capacité de travail serait de 100 %.

E. 9

a) La recourante conteste la valeur probante du volet rhumatologique de l'expertise judiciaire réalisée par la Dre E.J.R. _____. Elle reproche notamment à l'experte, d'une part, le comportement qu'elle a adopté durant l'examen clinique et, d'autre part, le fait d'avoir retenu qu'une entière capacité de travail était exigible après le sevrage du Sirdalud et des autres médicaments et un reconditionnement musculaire des cervicales, qualifiant cet avis de spéculatif. Quant à l'intimé, il admet que l'expertise présente des status complets, des anamnèses fouillées, une élaboration argumentée des diagnostics et une bonne étude des ressources. Il reproche cependant à l'experte rhumatologue d'avoir mentionné les diverses incapacités de travail et les inscriptions au chômage sans s'être positionnée sur ce point (cf. avis SMR du 27 mars 2023), puis de s'être contentée de valider les incapacités de travail prescrites et d'avoir constaté les taux d'activités des emplois occupés par la recourante sans s'être interrogée sur l'origine de ces incapacités de travail ni sur le fait qu'elles aient été justifiées ou non (avis SMR du 2 août 2023). b) Rien ne corrobore les allégations de la recourante relatives à l'attitude inappropriée de la Dre E.J.R. _____. Le contenu de l'enregistrement sonore de l'entretien permet d'écarter les griefs de l'assurée et confirme au demeurant les explications données par la Dre E.J.R. _____ dans sa prise de position écrite du 14 novembre 2022. De plus, la recourante ne précise pas, en particulier dans ses déterminations du 15 septembre 2023 (cf. p. 4) quels passages des enregistrements prêteraient flanc à la critique, si bien que le grief, guère motivé, demeure vague et inconsistant. A cet égard, on souligne aussi l'objectivité de l'experte dont les conclusions sont cohérentes avec l'historique médical et le status observé à l'examen (cf. consid. 9c ci-dessous). c) En l'occurrence, la recourante s'est retrouvée en incapacité de travail à 50 % depuis le 29 septembre 2015, puis à 100 % dès le 23 novembre 2015, ceci sans interruption notable pendant une année (expertise, pp. 34-35. Cette incapacité de travail est établie par les certificats médicaux de son médecin traitant de l'époque, le Dr F. _____. Elle est corroborée par le dossier de la N. _____ et d'ailleurs admise par son médecin-conseil, le Dr AT. _____ (avis du médecin-conseil des 13 janvier, 17 février et 12 octobre 2016). L'experte rappelle ensuite qu'une nouvelle hernie discale est apparue et qu'après l'opération et une incapacité de travail totale de 6 mois du 23 septembre 2019 au mois de mars 2020, une capacité de travail à 50 % était raisonnable en post-opératoire jusqu'au jour de l'expertise au Centre E.J. _____, laquelle a permis d'identifier la problématique médicamenteuse. Après avoir soigneusement examiné les plaintes de la recourante, la Dre E.J.R. _____ a procédé à un examen clinique durant lequel elle a constaté que la recourante présentait une peur importante lors des mouvements de rotations et flexions/extensions des cervicales dans un contexte d'une prise de Sirdalud quotidienne depuis plusieurs années, laquelle empêchait tout reconditionnement musculaire et donnait

une certaine faiblesse relative à la musculature cervicale, qui était beaucoup plus sous tension, notamment lors du penché de la tête en avant que l'intéressée adoptait spontanément. Appelée à argumenter les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail, la Dre E.J.R. _____ a expliqué ce qui suit (pp. 47-48) : « Au moment de l'expertise au SMR [recte : au Bureau d'expertise E. _____], selon l'historique pharmaceutique relevé par l'experte, Madame déjà depuis octobre 2019 prenait une quantité considérable d'antalgiques sous forme de Minalgine et de Codafalgan, ainsi qu'un myorelaxant, le Sirdalud de manière quotidienne (cf historique Pharmaceutique, notamment achat de Sirdalud 200cp en décembre 2018 (1cp/j ou 2cp/j) et rachat 100cp en sept 2019, octobre 2019, novembre 2019 et décembre 2019). Les cervicalgies sont donc perçues de manière intense, l'experte ne pense pas que Madame aurait pris autant de médicaments si elle n'était pas algique et avait essayé de tromper l'expert au SMR [recte : Bureau d'expertise E. _____]. Par contre, il faut noter que la prise régulière de Sirdalud quotidienne empêche tout reconditionnement musculaire cervical et a mis l'assurée dans une condition de faiblesse musculaire et l'a rendue particulièrement vulnérable à la position assise, la tête penchée en avant, pour réaliser son travail de secrétaire ou secrétaire-comptable. Tout reconditionnement musculaire sous ce traitement myorelaxant est inefficace. Madame avoue qu'elle prend ce médicament pour s'endormir maintenant. Il faudra un arrêt progressif pour ne pas réaliser un sevrage trop brutal avec un manque. Finalement, les douleurs liées à un déconditionnement musculaire de la musculature de soutien de la tête nécessitent l'adjonction de Codafalgan, ce sont deux médicaments à action centrale, qui peuvent avoir une influence sur la cognition. Madame présente une certaine kinésiophobie, mais également une véritable limitation dans les rotations, les inclinaisons latérales et en flexion/extension de la nuque, par manque de prise en charge en physiothérapie. La physiothérapie aurait eu également un impact sur la peur du mouvement. Au cours de l'anamnèse, Madame n'a pas été prise en défaut. Elle a de tous petits mouvements automatiques du chef, mais jamais l'experte ne l'a vue tourner la tête avec une amplitude supérieure à celle examinée. De cette perception des douleurs particulièrement intenses à une intensité chiffrée entre 6 et 7/10 cm EVA (augmentation de la consommation médicamenteuse de Minalgine, Codafalgan à partir de juin 2016 avec une moyenne de 80 cp de Minalgine par mois, 160 cp de Codafalgan par mois, adjonction de Sirdalud 4 mg à partir d'avril 2016, alors qu'auparavant la consommation était de Minalgine 20 cp par mois, ou 40 cp par mois, Codafalgan 80 cp à 160 cp par mois, et ne consommait que Sirdalud 2 mg au lieu de 4 mg). La consommation médicamenteuse d'antalgiques a augmenté dès 2017, pour rester stable en 2018 sur la base de 4 cp de Codafalgan de manière quotidienne, Minalgine en moyenne 3 cp/j, augmentation de la consommation de Codafalgan durant l'année 2019, entre 120 et 160 cp par mois. Lors de l'expertise de septembre 2019, Madame prenait beaucoup de médication antalgique CoDafalgan 4 à 6 cp/j et Minalgine ; l'experte n'a fait qu'énoncer la liste sans noter la posologie. Notons que de telles doses de CoDafalgan induisent un effet myorelaxant, donc d'une part ne permet pas de repérer des contractures musculaires et d'autre part est délétère lorsqu'il faut pour travailler pencher la tête en avant, car cela induit un déconditionnement musculaire qui va créer secondairement une faiblesse et donc des douleurs de position » Il convient de suivre les conclusions motivées de la Dre E.J.R. _____. Celle-ci a en effet fait une évaluation minutieuse de la capacité de travail de la recourante, en l'interrogeant précisément sur l'impact de chacune des atteintes et en appréciant ses réponses au regard de l'examen clinique et de l'ensemble des informations figurant au dossier. Elle a expliqué de manière motivée et convaincante

pour quelles raisons elle s'écartait de l'expertise du Bureau d'expertise E. _____ (Expertise Centre EJ. _____, pp. 63-64). Elle souligne à cet égard que si l'on tient compte de l'entière des plaintes de la recourante, les douleurs mentionnées et leur intensité s'expliquaient par l'évolution délétère des troubles dégénératifs et par la consommation d'antalgiques dont l'évolution correspondait à ce qui était attendu, ceci sans discordance entre les plaintes de la recourante, son comportement, ses limitations fonctionnelles et la description de sa vie quotidienne (Expertise Centre EJ. _____, pp. 50-51). On relève d'ailleurs qu'initialement, la prescription d'antalgiques et de myorelaxants visait à limiter la contracture paravertébrale importante et les effets de la protrusion discale récessale et foraminale droite au niveau des vertèbres C5-C6 (rapport du 16 décembre 2015 du Centre hospitalier K. _____). La recourante a ensuite fait l'objet de nombreux examens en rhumatologie et en neurochirurgie avec des essais d'infiltrations, lesquels ne se sont pas révélés concluants et ont amené à s'interroger sur une probable composante psychique (rapport du 17 février 2016 Dr D. _____ ; rapport du 16 mars 2016 du Dr G. _____, proposant une discectomie qui sera effectuée en 2019 ; rapport des 20 et 27 mai, 28 octobre et 29 décembre 2016 du Centre hospitalier K. _____), ceci dans le contexte d'une intolérance à un certain nombre de molécules usuellement prescrites en antalgie (rapport du 10 juillet 2017 de la Dre AD. _____) et de l'apparition d'une nouvelle hernie (IRM de la colonne cervico-dorsale des 15 février 2018 et 2 avril 2019), ce qui a abouti aux discectomies C4-C5 et C5-C6 réalisées le 23 septembre 2019 par le Prof. A. _____. Dans ce lourd contexte, l'absence de période d'incapacité durable de travail (cf. rapport le 13 septembre 2019 du Bureau d'expertise E. _____ ; avis SMR du 28 octobre 2019) avait de quoi surprendre. Il convient de rappeler que l'appréciation de la Dre EJ.R. _____, laquelle a confirmé l'historique des incapacités de travail retenues par les médecins-traitants est en soi une évaluation expertale – parfaitement cohérente avec le dossier somatique – qui est dûment motivée par des status complets, des anamnèses fouillées, une élaboration argumentée des diagnostics et une bonne étude des ressources. Il est ainsi contradictoire de prétendre, comme tente de le soutenir le SMR (avis du 27 mars 2024), que les conclusions concernant les périodes d'incapacité de travail ne seraient pas motivées. Contrairement à ce que soutient la recourante, la Dre EJ.R. _____ a expliqué de manière convaincante pour quels motifs le servage du Sirdalud et la mise en place d'un traitement adéquat de physiothérapie étaient exigibles (Expertise Centre EJ. _____, pp. 57-59). Elle a également relevé que le recours aux soins était bien investi, la prise d'antalgiques hors schémas et hors contrôle traduisant le poids des souffrances de la recourante (Expertise Centre EJ. _____, p. 111). Elle a retenu qu'il n'y avait pas d'activité plus adaptée (« pas de poste de travail plus adéquat ») que celle de secrétaire-comptable exercée pour AS. _____. L'experte a estimé que cette activité était exigible, sur le plan rhumatologique, à 100 %, ceci six mois après le servage du Sirdalud (Expertise Centre EJ. _____, p. 66). Quant au bref avis de la Dre AD. _____ (rapport du 10 novembre 2022), celui-ci n'est guère motivé et n'explique pas pour quels motifs les propositions thérapeutiques de la Dre EJ.R. _____ ne seraient pas exigibles, étant au demeurant observé qu'au vu des conclusions de l'expert psychiatre, cette question n'a qu'une portée médicale et n'a pas d'impact sur l'évolution du droit à la rente de la recourante. En ce sens, la conclusion de la Dre EJ.R. _____ apparaît bienveillante et guidée par le seul souci d'atténuer les souffrances de la recourante. La Dre AD. _____ n'explique pas davantage en quoi l'avis du neurochirurgien traitant serait nécessaire, la recourante ne l'ayant d'ailleurs pas demandé bien que représentée par son

assurance protection juridique puis par un avocat. Dans ces conditions, et au vu du rôle différent de l'expert judiciaire et du médecin traitant, qui peut se trouver dans une position délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique en raison du rapport de confiance et de la relation thérapeutique qu'il a avec le patient, le rapport d'expertise judiciaire est davantage probant, sans qu'un complément d'information auprès du neurochirurgien traitant ne se justifie. Au final, sur le plan rhumatologique, la recourante a présenté une incapacité de travail dans l'activité habituelle, laquelle est adaptée, de 50 % depuis le 29 septembre 2015, de 100 % dès le 23 novembre 2015, puis de 50 % dès le 1^{er} janvier 2018 sous réserve d'une incapacité de travail à 100 % du 23 septembre 2019 au mois de mars 2020. Il n'y a pas lieu de tenir compte de la capacité de travail médico-théorique de 100 % attestée par la Dre E.J.R. _____ à compter du 1^{er} septembre 2022, dès lors que le sevrage du Sirdalud et le reconditionnement n'ont pas eu lieu et qu'une capacité de travail de 100 % n'a objectivement pas été attestée.

E. 10

a) Sur le plan psychiatrique, la recourante reproche au Dr E.J.P. _____ de n'avoir retenu une incapacité de travail à 50 % qu'à compter du 1^{er} janvier 2022 alors qu'elle était suivie par un psychiatre et une psychologue depuis 2016-2017. Elle soutient que la date retenue par l'expert judiciaire était dénuée de toute pertinence. Elle se prévaut du rapport du 9 août 2023 du Dr X. _____ qui a attesté d'une incapacité de travail sur le plan psychiatrique depuis le 21 mars 2018. Elle relève également que le pronostic de l'expert E.J.P. _____ serait « optimiste et simpliste », son psychiatre traitant expliquant qu'elle présentait un « taux résiduel de 50 %, faute de quoi l'équilibre psychique et physique bancal dont [elle jouissait pouvait] s'effondrer » (cf. rapport du 18 novembre 2019). Sur le plan neuropsychologique, elle souligne que l'expert E.J.N. _____ relevait qu'une capacité de travail de 100 % n'était exigible que dans une activité manuelle, laquelle n'était pas possible pour des motifs somatiques. Quant à l'intimé, il reproche à l'expert psychiatre de ne s'être positionné qu'à partir du 1^{er} janvier 2022 quant à la capacité de travail, de ne pas avoir discuté les diagnostics retenus par le Dr E.P. _____ (avis SMR du 27 mars 2023) relevant qu'il n'était pas possible qu'un trouble de la personnalité soit apparu entre l'expertise administrative et l'expertise judiciaire (avis SMR du 2 août 2023). c) S'agissant de la critique du SMR sur le diagnostic de trouble de la personnalité évitante qui n'a pas été retenu par le Dr E.P. _____, il convient de rappeler que pour se prononcer sur l'avis d'un confrère, un médecin doit au moins pouvoir se fonder sur des éléments du dossier. Or, dès lors que l'analyse du Dr E.P. _____ ne répond pas aux règles de l'art de l'expertise (anamnèse insuffisante et absence d'analyse fouillée du profil de la personnalité) et est insuffisante pour répondre aux questions soulevées par ce dossier, il n'existe tout simplement pas d'élément fiable à comparer. La vague mention d'une accentuation de traits de personnalité par le premier expert, laquelle n'est pas explicitée ni justifiée par des considérations médicales, ne permet pas davantage de comparer quoi que ce soit ni de prendre position. Force est ainsi de constater qu'au vu des lacunes manifestes de cette première évaluation psychiatrique, l'expert judiciaire ne disposait pas de base de comparaison expertale fiable sur laquelle s'appuyer (cf. consid. 7). Aussi, la discussion des diagnostics psychiatriques au terme d'un examen complet et fouillé tant sur le plan clinique qu'asséurologique, comme l'a justement fait le Dr E.J.P. _____, emporte la conviction de la Cour de céans, étant souligné que le diagnostic a encore été réexpliqué à l'intimé dans le complément d'expertise du 19 juillet 2023. En particulier, l'expert judiciaire a bien expliqué les interactions entre les diagnostics en ces termes (Expertise Centre E.J. _____,

p. 92, cf. aussi complément d'expertise) : « Sur le plan psychiatrique, l'évolution majeure observée est l'évitement social qui est généré par la personnalité évitante, à une moindre mesure l'agoraphobie, mais également peut-être augmentée par la dépression d'intensité moyenne » Ainsi, le diagnostic de trouble de la personnalité n'est pas apparu entre l'expertise administrative et l'expertise judiciaire, mais ses effets s'en sont trouvés augmentés par la dépression moyenne, ce qui explique aisément le raisonnement de l'expert pour la période débutant le 1^{er} janvier 2022. Le Dr X._____ admet d'ailleurs que fin 2021, divers facteurs de stress ont joué un rôle dans l'aggravation de l'état de santé psychique de la recourante (rapport du 17 novembre 2022). Quant à la période antérieure, la question de l'évolution de l'incapacité de travail sur le plan psychiatrique peut rester ouverte dans la mesure où l'incapacité de travail de 50 % retenue sur le plan somatique couvre toute éventuelle incapacité de travail sur le plan psychique dont aucune des parties ne soutient plus qu'elle était supérieure à 50 % (cf. en dernier lieu rapport du 9 août 2023 du Dr X._____ et avis SMR du 2 août 2023). Sur le plan neuropsychologique, l'expert EJ.N._____ a considéré que les troubles actuels, mnésiques et exécutifs, n'avaient que peu changé par rapport à l'examen de 2017 et présentaient une étiologie psychique, anxieuse et dépressive « très vraisemblable » déjà mentionnée par la neuropsychologue AG._____ dans son rapport du 27 novembre 2017, si bien qu'il convient d'en référer à l'expertise psychiatrique du Dr EJ.P._____. Quant au diagnostic de trouble de l'attention/TDAH, celui-ci n'est pas démontré au degré de la vraisemblance prépondérante, faute de critères suffisants, même s'il est possible que la recourante en ait souffert durant son enfance (expertise Centre EJ._____, pp. 89-90), période non concernée par la demande de prestations AI litigieuse. L'expert psychiatre expose que le tableau clinique, qu'il décrit correctement, est cohérent compte tenu de ces diagnostics et qu'il n'existe pas de discordance entre les plaintes et le comportement de l'assurée. La limitation principale de la recourante, associée à une dépression d'intensité moyenne apparue au mois de janvier 2022 en raison de difficultés relationnelles constantes avec son patron (Expertise Centre EJ._____, p. 70), d'une collègue dont le burnout avait engendré une surcharge de travail (ibid.) et d'une anxiété par rapport à la santé de sa compagne (Expertise Centre EJ._____, p. 68), résulte de l'évitement social et de l'isolement, lequel limite les compétences relationnelles en raison d'absence d'exposition à l'environnement et empêche l'assurée de fonctionner dans tous les domaines de la vie. Ainsi, les conclusions du Dr EJ.P._____ sont claires et convaincantes, prennent en compte les plaintes de la recourante et reposent sur une anamnèse complète. Il en va également ainsi des propositions thérapeutiques qu'il émet à savoir une augmentation du rythme de la psychothérapie et une adaptation de la médication dès lors que s'agissant de la molécule prescrite, à savoir le Rebalance 500 mg, le compendium mentionne le traitement de courte durée d'épisodes dépressifs de légers à modérés et non une dépression moyenne comme en l'espèce. En conclusion, l'atteinte à la santé apparaît de gravité moyenne au sens des indicateurs dans le contexte d'un traitement qui peut encore être amélioré chez une assurée qui continue de travailler, si bien que les conclusions de l'expert sont cohérentes avec les limitations actuelles de la recourante et son parcours professionnel. S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail du psychiatre traitant en procédure administrative, elle ne peut pas être suivie. En effet, le Dr X._____ ne manque pas de décrire les ressources dont dispose sa patiente, ceci spécialement dans son rapport du 21 mars 2018 (efforts fournis afin de retrouver un travail ; implication au travail afin d'améliorer son rendement, bonnes ressources intellectuelles). Cependant, même si des limitations fonctionnelles sont relevées

par le psychiatre traitant (difficultés relationnelles, difficultés dans la gestion des émotions, difficultés liées aux tâches administratives, hypersensibilité au stress ; capacités de concentration, d'attention, de compréhension, mnésiques, d'organisation, de planification et d'adaptation au changement limitées ; activités en contact avec la clientèle ou exigeant de fréquents contacts interpersonnels, exigeant une grande autonomie et impliquant des tâches complexes possibles de manière fluctuante ; pas d'activités exigeant de l'endurance, impliquant du stress, nécessitant de la rapidité et une adaptation permanente), le parcours professionnelle de la recourante, laquelle a su se réorienter à répétées reprises et maintenir des relations familiales stables, montrent que l'intéressée a disposé dans un premier temps de bonnes ressources, les limitations relevant ainsi de la sphère somatique (cf. consid. 9). Sous l'angle thérapeutique, le Dr X. _____ n'explique pas dans ses derniers rapports des 17 novembre 2022 et 9 août 2023 pour quels motifs, le traitement proposé par l'expert (augmentation de la psychothérapie une semaine sur deux et antidépresseur adapté) n'est pas adéquat dans le cas de la recourante et pour quelles raisons la molécule qu'il a prescrite serait suffisante. Les rapports des 17 novembre 2022 et 9 août 2023 du Dr X. _____ ne rendent ainsi pas vraisemblable une plus ample atteinte invalidante à sa santé psychique qui contredirait le rapport d'expertise du Dr E.J.P. _____ et ne mettent pas en doute les conclusions de cet expert.

E. 11

Il résulte de ce qui précède que la recourante a présenté, au terme du délai de carence d'une année (art. 28 al. 1 let. b LAI), une incapacité de travail de 50 % depuis le 29 septembre 2015, de 100 % dès le 23 novembre 2015, puis de 50 % dès le 1^{er} janvier 2018 sous réserve d'une incapacité de travail à 100 % du 23 septembre 2019 au mois de mars 2020. L'intéressée disposant encore d'une capacité de travail dans son activité habituelle, le degré d'invalidité est identique au taux de l'incapacité de travail (application de la méthode de la comparaison en pour-cent ; TF 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4 ; 9C_137/2010 du 19 avril 2010 ; 9C_396/2009 du 12 février 2010 consid. 3.2). Elle a ainsi droit à une rente entière de l'assurance-invalidité du 1^{er} octobre 2016 au 31 mars 2018 (art. 28 al. 2 LAI), soit trois mois après avoir recouvré une capacité de travail partielle (art. 88 a RAI), puis à une demi rente dès le 1^{er} avril 2018 (art. 28 al. 2 LAI). En raison de la discectomie C4-C5 et C5-C6 le 23 septembre 2019, qui a donné lieu à une incapacité de travail de 100 % durant 6 mois selon la Dre E.J.R. _____, la recourante a droit à une rente entière du 1^{er} décembre 2019 au 30 mai 2020, soit trois mois après l'opération et après avoir recouvré une capacité de travail partielle (art. 88 a RAI), puis à nouveau à une demi rente dès le 1^{er} juin 2020.

E. 12

Vu ce qui précède, l'instruction apparaît suffisante, les éléments au dossier permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a pas lieu d'ordonner de mesures d'instruction complémentaires. En conséquence, une demande d'information auprès du neurochirurgien traitant ou un complément d'expertise, voire une nouvelle expertise, n'apparaissent pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peuvent dès lors être écartés par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

E. 13

a) Dans son écriture du 15 septembre 2023, la recourante a conclu à la mise en œuvre de mesures professionnelles. b) aa) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18 d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et réf. cit.), celles-ci ne devant pas être allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée (TF 9C_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 5.1 et la jurisprudence citée). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1 ; TFA I 370/98 du 26 août 1999 publié in : VSI 3/2002 p. 111 consid. 2 et réf. cit.). Aux termes de l'art. 15 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. bb) L'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession, bien qu'il soit capable, en soi, d'opérer un tel choix. L'invalidité au sens de cette disposition réside dans l'empêchement de choisir une profession ou d'exercer l'activité exercée jusqu'alors à la suite de problèmes de santé. Est à prendre en considération tout handicap physique ou psychique propre à réduire le nombre des professions et activités que l'assuré pourrait exercer, compte tenu des dispositions personnelles, des aptitudes exigées et des possibilités disponibles, ou à empêcher l'exercice de l'activité déployée jusqu'à présent. L'octroi d'une orientation professionnelle suppose que l'assuré soit entravé, même de manière faible, dans sa recherche d'un emploi adéquat à la suite de problèmes de santé. Sont exclus les handicaps insignifiants qui n'ont pas pour effet de provoquer un empêchement sérieux et qui, par conséquent, ne justifient pas l'intervention de l'assurance-invalidité. L'orientation professionnelle doit guider l'assuré vers l'activité dans laquelle il aura le plus de chances de succès, compte tenu de ses dispositions et de ses aptitudes. Parmi les mesures qui peuvent entrer en ligne de compte figurent notamment les entretiens d'orientation, les tests d'aptitudes ou encore les stages d'observation en milieu ou hors milieu professionnel (ATF 114 V 29 consid. 1a ; TF 9C_534/2010 du 10 février 2011 consid. 3.2 et les références citées). cc) A teneur de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que

lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas. En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé (ATF 139 V 399 consid. 5.4 p. 403). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; 130 V 488 consid.

E. 14

a) Le recours doit en conséquence être admis et la décision entreprise réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité du 1^{er} octobre 2016 au 31 mars 2018, puis à une demi rente du 1^{er} avril 2018 au 30 août 2019, puis à une rente entière du 1^{er} décembre 2019 au 30 mai 2020 et à une demi rente dès le 1^{er} juin 2020. 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 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige. c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de ses conseils (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'067 fr. 20, débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée. Ce montant comprend un montant de 3'000 fr. pour les interventions d'Y. _____ et de Me Elsig ainsi qu'une indemnité de 67 fr. 20 (trois aller-retour plein-tarif [...] [...] en 2^e classe, cf. www.cff.ch) pour les frais de déplacement lors de l'expertise judiciaire (cf. courrier du 16 mai 2022 de la recourante et ses annexes ; courrier de la juge instructrice du 31 mai 2022), étant souligné que la recourante a admis qu'elle utilisait les transports en commun (expertise Centre EJ. _____, p. 70), qu'aucun élément du dossier n'indique de limitation médicale à cet égard et qu'il était donc attendu qu'elle se rende aux examens par ce moyen (cf. arrêt CASSO AI 20/19 – 33/2022 du 28 janvier 2022 consid. 12c). d) Dans la mesure où l'intimé aurait déjà dû, au vu de l'insuffisance manifeste du rapport d'expertise du Bureau d'expertise E. _____ (cf. consid. 7), compléter l'instruction en application de son devoir d'instruire la cause d'office (art. 43 al.1 LPGA) et ordonner une nouvelle expertise, les frais de l'expertise judiciaire, d'un montant de 16'049 fr. seront mis à sa charge (art. 45 al. 1 LPGA ; cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4 ; TF 9C_758/2019 consid. 3.2 du 4 février 2020).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.