

VD_GERICHTE ZD24.040025 vom 2. Dezember 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-12-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.040025

FR: VD_GERICHTE ZD24.040025 du 2 décembre 2025

IT: VD_GERICHTE ZD24.040025 del 2 dicembre 2025

Erwägungen

E. 31

décembre 2021, auxquelles il sera fait référence dans le cadre du présent arrêt. 10J010

- 5 - 4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). c) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes : la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]), la méthode spécifique (art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]) et la méthode mixte (art. 28a al. 3 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021] et 27bis RAI). La méthode appliquée dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 s. LAI et 8 al. 3 LPGA, 10J010

- 6 - le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c). d) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI). 5. a) Dans le domaine des assurances

sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de 10J010

- 7 - la personne assurée (ATF 140 V 193 consid. 3.2; 132 V 93 consid. 4 et les références).

6. a) 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). b) Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 10J010

- 8 - 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le

bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références). c) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). 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 asséurologique. 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_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1). 10J010

- 9 - e) Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1). Le juge des assurances sociales doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue ; en particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 118 V 200 consid. 3a in fine et les arrêts cités ; TF 8C_655/2021 du 27 juin 2022 consid. 6.3.1). 7. a) La recourante reproche tout d'abord à l'OAI de ne pas avoir instruit la question des limitations fonctionnelles sous l'angle endocrinologique. Elle s'appuie dans un deuxième temps sur les résultats de l'expertise bidisciplinaire du 8 août 2024 qui retient une capacité de travail de 55 % (30% de l'activité à 80% dernièrement exercée). L'OAI a essentiellement fondé la décision attaquée sur l'expertise pluridisciplinaire du 12 mars 2024. b) Dans leur évaluation consensuelle du 12 mars 2024, les experts retiennent les diagnostics de sclérose en plaques de forme rémittente, avec un déficit moteur minime non incapacitant et une asthénie entraînant une limitation fonctionnelle de 10 %, un épisode dépressif unique actuellement en rémission complète, des difficultés de la personnalité, une hyperthyroïdie de Basedow traitée avec poussées en 2009, 2013 et 2019 (actuellement hypothyroïdie substituée), une anémie ferriprive traitée par perfusion de fer en juillet 2019, un syndrome polyglandulaire type 2 avec insuffisance surrénalienne (maladie d'Addison), une hypothyroïdie et une suspicion de pancréatite auto-immune (2020), une hyponatrémie sur syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique (SIADH) en 2020, une rhinoconjonctivite saisonnière sur hypersensibilité aux pollens 10J010

- 10 - d'arbres (noisetier, aulne) avec syndrome oral croisé bétulacées-rosacée, un possible asthme allergique sur hypersensibilité aux pollens et graminées, une rhinite chronique perannuelle sur hypersensibilité à dermatophagoides farinae, un Covid en octobre 2023 (récupération totale) et des troubles neuropsychologiques minimaux selon la classification de l'Association suisse des neuropsychologues, entraînant une altération du rendement dans l'exercice d'une activité professionnelle exigeante au plan cognitif. Les experts relèvent entre autres que la recourante « se plaint de troubles de concentration et surtout d'une asthénie [et que] l'asthénie est un symptôme classiquement évoqué par les patients présentant une [sclérose en plaques], asthénie qui ne peut bénéficier de traitement spécifique ». Sur le plan neuropsychologique, les experts retiennent que leur examen, « mené avec une assurée dont la plainte principale est une plainte de fatigue, ne met pas en évidence de déficit, mais quelques signes très légers de possible altération concernant la mémoire de travail, l'inhibition et l'attention soutenue (scores inférieurs à la norme ou à la limite de la norme chez une personne de bon niveau d'éducation). L'ensemble ne détermine toutefois que des troubles neuropsychologiques minimaux, n'ayant en théorie qu'une très faible incidence sur la capacité de travail. Toutefois, le fait que l'examen échoue à mettre en évidence des signes objectifs clairs de fatigabilité attentionnelle et d'autres troubles tels qu'on peut les observer dans les évolutions des scléroses en plaques ne signifie pas que cette fatigue et ces altérations habituelles soient absentes, les personnes de bon niveau d'éducation parvenant souvent à solliciter dans les tests leurs ressources cognitives et neuropsychologiques afin de compenser des difficultés auxquelles elles sont confrontées dans le contexte du quotidien. Il n'est de surcroît pas possible de faire clairement la part des choses dans ces difficultés entre celles qui relèvent clairement de la sclérose en plaques et celles qui sont attribuables au Covid, supposer évoluer favorablement dans un délai de six à neuf mois après la date des premiers symptômes. En l'état, nous ne pouvons conclure qu'à une faible limitation du rendement dans l'activité professionnelle habituelle ». Ils mentionnent aussi que la recourante « ne paraît pas majorer ses plaintes 10J010

- 11 - psychiques. La description des activités quotidiennes est congruente aux plaintes ». Selon eux, la recourante présentait une incapacité de travail de 10 % dans une activité adaptée, soit simple et peu exigeante au plan cognitif, en raison de l'asthénie et des troubles minimaux mis en évidence dans l'examen et ce depuis la date du diagnostic de la sclérose en plaques. Selon les experts, sur le plan de la médecine interne et psychique, la capacité de travail de la recourante est entière sans perte de rendement. c) Dans son écrit du 17 mai 2024, la Dre L. _____ (médecin généraliste traitante) souligne que la recourante est en arrêt de travail partiel depuis le 19 janvier 2024, en raison d'un épuisement et que celui-ci est progressif depuis l'été passé et à la suite d'un épisode de Covid début octobre. Elle ajoute que la vie sociale de la recourante est inexistante depuis l'été passé afin de pouvoir tenir le coup à son travail. Celle-ci compensait sa fatigue par sa capacité intellectuelle et cognitive supérieure à la moyenne, mais cela contribuait à son épuisement. La thérapeute ajoute que la recourante n'effectue plus les tâches ménagères, elle a dû prendre une femme de ménage pour l'aider, a des difficultés à se faire à manger et a perdu six kilos en quelques mois. Elle indique plusieurs pistes (reprise et augmentation progressive de l'antidépresseur, augmentation des doses de corticoïdes par l'endocrinologue, investigation des douleurs importantes ressenties dans les jambes qui engendrent un trouble du sommeil, toxicité potentielle du Tysabri), pour l'heure infructueuses, visant à atténuer les fatigues. La médecin est de l'avis que « la décision d'une capacité de travail à 80 % est totalement irréalisable, ni sur le court terme ni sur le long terme. Les pathologies multiples dont souffre

[sa] patiente sont inter corrélées, et ne lui permettent pas une capacité de travail de plus de 40 % ». d) Dans son rapport du 7 juin 2024, la Dre M. _____ (psychiatre traitante) rappelle notamment que la recourante, après une longue période d'invalidité due à la dépression a repris une activité professionnelle à un taux de 80% dans l'entreprise P. _____ et qu'elle lui a très vite fait part de son sentiment de fatigue et de sa difficulté à gérer 10J010

- 12 - ses tâches quotidiennes à la maison, en plus de l'activité professionnelle. Elle ajoute que la recourante « s'est sentie rapidement surmenée et a tenté de compenser ses symptômes d'épuisement en délaissant ses tâches ménagères pour se focaliser sur le travail. Après 6-7 mois de travail, les symptômes d'épuisement et de dépression se sont installés progressivement, en parallèle à la péjoration de sa santé ([sclérose en plaques], maladie surrénale, aggravées par le COVID) ». Elle relève que l'état de santé de la recourante s'est péjoré depuis janvier 2024 et qu'elle a bénéficié d'un arrêt de travail à 50 % de son taux de 80 % contractuel, soutenue par sa médecin généraliste et sa psychothérapeute. La Dre M. _____ retient comme diagnostics, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), des troubles mixtes de la personnalité (F60.0) (défenses narcissiques, caractériels et paranoïaques, et fonctionnement pré-psychotique) et comme diagnostic différentiel, un trouble affectif bipolaire, épisode actuel : dépression modérée (F31.3) et une prédisposition familiale, virage hypomane en 2019 sur traitement antidépresseur, phases maniformes avec délires paranoïaques en 2020, sur hyponatrémie. Elle souligne que « du point de vue psychiatrique [selon les avis des] psychologue et psychiatre traitant précédent, [la recourante] a toujours présenté une incapacité de travail de 50 % depuis 2019. Faisant preuve de mécanismes compensatoires, elle parvient à reprendre à chaque fois une activité professionnelle ou une formation, mais cela la pousse dans ses limites physiques et psychiques. A noter que l'activité professionnelle actuelle a été adaptée aux limitations de la patiente par ses employeurs notamment sa cheffe directe : pas de déplacements, certaines tâches ont été déléguées à ses collègues, ses horaires ont été adaptés, mais nous relevons que la patiente reste très fatiguée et incapable d'avoir un rendement satisfaisant [...] ». Au titre des limitations fonctionnelles, la thérapeute mentionne que la recourante « présente une fatigue importante qui entrave sa capacité à accomplir ses tâches professionnelles et à répondre au rendement demandé, ainsi qu'à effectuer ses tâches ménagères et administratives quotidiennes. Après une journée de travail, [la recourante] est si fatiguée qu'elle ne parvient pas à se faire à manger, ni les tâches ménagères (lessive, aspirateur, etc.). Elle passe le week-end à dormir, s'isole et ne voit personne. Elle n'a plus d'activités de loisirs. Sa vie 10J010

- 13 - sociale est inexistante depuis l'automne 2023. Elle présente des difficultés cognitives : des troubles de la concentration, des difficultés de compréhension, de synthèse et d'analyse. Cela l'amène à un ralentissement dans l'exécution des tâches demandées. A noter que [la recourante] ressent des difficultés même à [un] taux de travail de 50%. Elle n'est pas efficace et son état se péjore en fin de journée et en fin de semaine. Elle relève avoir besoin de temps de repos plus long depuis janvier 2024 ». La psychiatre retient une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle depuis janvier 2024 avec une perte de rendement de 50 %, en raison d'une fatigue intense et de troubles cognitifs. Elle conteste la pleine capacité de travail retenue par l'expert psychiatre, signalant que depuis janvier 2024 des éléments nouveaux auraient dû être pris en compte, tels qu'une nouvelle péjoration de l'état clinique psychique ayant nécessité une reprise d'antidépresseur et la prescription d'un arrêt

maladie. e) Dans leur expertise bidisciplinaire du 8 août 2024, les deux spécialistes en neurologie et psychiatrie et psychothérapie consultés retiennent comme diagnostics, une sclérose en plaques forme poussée- rémission évoluant vraisemblablement depuis 2016, actuellement traitée par Tysabri avec succès, un syndrome de fatigue chronique pluri-étiologique (sclérose en plaques ; Covid ; affection multiglandulaire), présent depuis plusieurs années, un syndrome polyglandulaire type II avec insuffisance surrénalienne, hypothyroïdie, trouble métabolique, un Covid-19 (octobre 2023), ainsi qu'un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission partielle (6A71.6). Les experts soulignent que la fatigue est l'un des éléments limitatifs majeurs de la sclérose en plaques. Ils indiquent ne pas avoir d'éléments allant dans le sens « d'une récurrence de poussée, d'une atteinte neurologique handicapante en tant que participant éventuellement à l'incapacité de travail. Aux éléments strictement neurologiques, s'associe potentiellement également un effet de l'insuffisance rénale et de l'hypothyroïdie, quoique ces deux affections soient actuellement bien contrôlées par la médication ». Ils ajoutent que la recourante se plaint d'une aggravation depuis l'automne 2023, où elle a présenté un Covid banal, avec une fatigue et une fatigabilité, des troubles de la mémoire et de la 10J010

- 14 - concentration, des difficultés pour effectuer des tâches complexes, ainsi que des troubles du sommeil avec un sommeil non réparateur. Selon eux, le Covid aurait pu contribuer à la dégradation de l'état de santé de l'assurée sous forme d'une péjoration de son état de fatigue. Les experts mentionnent également que la symptomatologie augmente en cours de journée et durant la semaine. Ils rapportent qu'en raison des troubles précités, la recourante déclare que son temps libre est passé essentiellement à se reposer et à dormir. Actuellement, la recourante travaille à un taux de 60 % de son 80 % contractuel, avec des difficultés. Ils relèvent que l'examen neurologique effectué n'a pas permis de retrouver les discrètes anomalies objectivées par le Dr K. _____ en janvier 2024. Les experts expliquent qu'étant donné que le bilan neuropsychologique a été pratiqué il y a peu et que la recourante ne rapporte pas de nouveaux troubles neuropsychologiques, ils ont renoncé à répéter ce bilan neuropsychologique. Les auteurs de l'expertise bidisciplinaire retiennent que sur le plan psychique, la capacité de travail est complète dans l'activité habituelle sans diminution de rendement. Sur le plan neurologique, ils estiment en revanche que « bien que l'examen pluridisciplinaire de janvier 2024 ait conclu à une capacité de travail de 90% et même s'il n'y a pas eu clairement d'aggravation objectivable, sur le plan neurologique et compte tenu de l'état somatique en général, on peut penser que l'assurée présente actuellement dans sa fonction de chargé de sécurité MSST une capacité de travail globale de 55% (taux contractuel de 80%) en raison de la fatigue, des difficultés à exécuter certaines tâches complexes, de la baisse de rendement. On peut espérer que l'évolution favorable par elle-même des troubles permettra, après une période de récupération, le retour à une pleine capacité de travail de 80% ». f) Dans son avis du 8 février 2023, le SMR relève notamment que sur le plan neurologique, l'évolution de la sclérose en plaques n'est pas claire jusqu'à ce jour. Sur le plan neuropsychologique, il constate que les répercussions neurocognitives de cette maladie semblent globalement faibles. Sur le plan endocrinologique, il estime qu'« il n'y a probablement aucune atteinte à la santé durablement incapacitante, si cette atteinte est 10J010

- 15 - bien substituée ». Enfin, sur le plan psychiatrique, il indique qu'il ne dispose d'« aucun élément clinique ou médico-descriptif objectif qui pourrait justifier objectivement surtout une [capacité de travail dans une activité adaptée] de seulement 50% ». Le 24 avril 2024, le

SMR indique que l'expertise pluridisciplinaire du 12 mars 2024 est concluante et que rien ne vient la remettre en question. Les conclusions des experts peuvent être reprises et il n'existe donc pas d'atteinte durablement incapacitante et aucune limitation fonctionnelle au plan psychiatrique et au plan de la médecine interne. Dans son avis médical du 4 juillet 2024, le SMR se prononce sur les rapports de la Dre L. _____ du 17 mai 2024 et de la Dre M. _____ du 7 juin 2024. Il estime en substance que les pièces médicales versées au dossier depuis le rapport SMR du 24 avril 2024, respectivement depuis le projet de décision du 26 avril 2024, ne fournissent aucun nouvel élément clinique ou médico-descriptif objectif d'ordre psychiatrique, neuropsychologique ou autrement médical, qui n'auraient déjà été décrits et largement discutés lors de l'expertise pluridisciplinaire du 12 mars 2024. Il relève notamment « que le bilan neuropsychologique objectif de 01.2024, réalisé lors de l'expertise, n'a pas mis en évidence de déficit, mais seulement quelques signes très légers de possible altération concernant le mémoire de travail, l'inhibition et l'attention soutenue, mais l'ensemble du tableau neuropsychologique ne déterminait toutefois que des troubles neuropsychologiques minimaux, n'ayant qu'une très faible incidence sur la [capacité de travail]. Donc, les résultats du bilan neuropsychologique de 01.2024 ne pouvaient conclure qu'à une faible limitation du rendement dans l'[activité habituelle] ». Il note également que « le suivi psychiatrique actuel, repris depuis 03.2024, est de faible fréquence (1x/mois), alors qu'une atteinte psychiatrique jugée durablement incapacitante nécessiterait certainement un suivi spécialisé beaucoup plus rapproché. [II] ne constate aucune nécessité d'une nouvelle hospitalisation en milieu psychiatrique depuis 01.2024 non plus ». 10J010

- 16 - Le 25 octobre 2024, le SMR prend position sur les résultats de l'expertise bidisciplinaire du 8 août 2024. Il relève que la capacité de travail retenue sur le plan neurologique diffère significativement de celle du 12 mars 2024. Selon lui, il s'agit toutefois « d'une appréciation différente d'un même état de faits », puisque l'expertise bidisciplinaire ne contenait aucun élément neurologique et neuropsychologique objectif nouveau par rapport à l'expertise du 12 mars 2024. Il retient également que l'expertise de mars 2024 retenait déjà que la recourante n'avait aucune limitation dans ses activités quotidiennes pour raisons neurologiques et neuropsychologiques. Il relève à ce titre qu'il ressort de la seconde expertise que, « malgré ses plaintes persistantes neurocognitives et de fatigue, [elle] est quand même capable de faire des jeux de société en ligne 2h/j et de la lecture (1 livre par mois depuis début 2024), de faire ses tâches ménagères (d'une manière fractionnée) et ses tâches administratives, de faire de petites réparations, de s'occuper de ses plantes, de se déplacer seule en transports publics et encore de partir seule en train en vacances en février 2024 dans le Sud de la France. Cette absence de limitation pratiquement totale dans ses activités quotidiennes n'est donc pas compatible avec une atteinte neuropsychologique majeure ou avec une fatigue significative ». 8. a) La recourante dénonce tout d'abord un manque d'instruction concernant les limitations fonctionnelles sous les axes endocrinologique et hépatiques. b) Sur ces points, le médecin du SMR explique de façon convaincante dans son avis du 25 octobre 2024, « qu'une éventuelle nouvelle altération des tests hépatiques dans les bilans biologiques (effet secondaire), soit sous Tysabri®, soit sous complément vitaminique, soit sous tout autre [traitement] médicamenteux (bien entendu en absence toujours d'hépatopathie toxique grave et cliniquement significative) n'est pas à considérer directement comme "toxicité médicamenteuse", et n'est donc pas à considérer comme atteinte durablement incapacitante, car n'engendrant aucune [limitation fonctionnelle]. Un changement voire une adaptation du [traitement] médicamenteux suffirait afin d'éviter ce genre d'effets secondaires ». Il ajoute, concernant l'aspect

endocrinologique, « 10J010

- 17 - qu'il n'y a actuellement aucun élément médical objectif pour la présence ni d'une dysfonction thyroïdienne (sur hypothyroïdie) incapacitante, ni d'une dysfonction surrénalienne (sur maladie d'Addison) incapacitante, lesquelles pourraient jouer un rôle étiologique dans la fatigue, puisque ces deux affections sont parfaitement substituées [...] voire stabilisées sous traitements médicamenteux [...], en l'absence de [limitations fonctionnelles] d'ordre internistique (cf. également expertise en médecine interne de 03.2024). Donc, selon les différents spécialistes traitants et selon l'expert-interniste de la 1ère expertise de 03.2024, il n'y a aucune atteinte endocrinologique durablement incapacitante, si cette atteinte est substituée voire traitée, ce qui est le cas chez cette assurée. En général, il existe un risque potentiel de crise addisonnienne en cas de stress aigu, par exemple, mais qui ne nécessiterait, au cas où, qu'une incapacité transitoire ». A cet égard, le Dr O. _____, spécialiste en endocrinologie et diabétologie, avait indiqué le 25 mai 2021 que « les pathologies endocriniennes ne représent[ai]ent pas à elles seules un facteur limitant, du moment qu'elles [étaient] adéquatement substituées », mais qu'il n'avait pas d'informations spécifiques concernant l'évolution de sa situation du point de vue. Le 6 octobre 2022, il a précisé n'avoir revu la recourante qu'à une seule reprise depuis janvier 2021, en mars 2022, mais qu'il pouvait néanmoins préciser que l'« insuffisance cortico-surrénalienne ne constitu[ait] probablement pas le facteur limitant par rapport à sa capacité de travail, étant donné le récent diagnostic de sclérose en plaques. En ce qui concern[ait] sa thyroïdite auto-immune, la substitution était adéquate lors du dernier bilan de mars 2022 ». La Dre L. _____, dans sa prise de position du 17 mai 2024, pas plus que la recourante, ne mentionnent d'éléments objectifs qui iraient à l'encontre de l'appréciation du médecin du SMR susmentionnée. Le recours est sur ce point infondé. 9. a) Comme déjà mentionné, l'OAI a fondé la décision attaquée essentiellement sur l'expertise pluridisciplinaire du 12 mars 2024. La recourante conteste implicitement la valeur probante de celle-ci, en s'appuyant sur les avis divergents de ses psychiatres traitants. Elle fait 10J010

- 18 - également valoir que les experts du D. _____, dans leur expertise d'août 2024, sont revenus sur l'expertise de mars 2024 et qu'il ne s'agit pas d'une appréciation différente d'un même état de fait mais bien d'une reconsidération de cette dernière. Elle reproche en particulier au médecin du SMR d'avoir écarté les conclusions de la seconde expertise concernant sa capacité de travail, en retenant, selon elle à tort, une absence de limitation pratiquement totale dans ses activités quotidiennes. b) En l'espèce, il convient d'emblée de constater que si l'expertise bidisciplinaire du 8 août 2024 est postérieure à la décision attaquée du 5 juillet 2024, elle porte à l'évidence, en très grande partie, sur la situation antérieure à celle-ci et doit partant être prise en compte (cf. supra consid. 6e). Par ailleurs, la portée de cette seconde expertise d'août 2024 doit être examinée conformément au principe de la libre appréciation des preuves et des règles établies par la jurisprudence concernant la valeur probante d'une expertise (cf. supra consid. 6a et b) dans le cadre d'une première demande. Il ne s'agit donc pas d'une nouvelle demande qui impliquerait de se référer aux règles applicables en matière de révision et qui imposent de ne pas admettre de modification de l'état de santé lorsque le changement invoqué repose sur une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée (cf. ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références). c) D'un point de vue formel, les expertises en cause des 12 mars et 8 août 2024 satisfont aux exigences jurisprudentielles (cf. supra consid. 6b). Établies en pleine connaissance du dossier, par des experts, dont les qualifications ne sauraient être mises en

doute, elles reposent sur des examens personnels de l'assurée, prennent en compte les plaintes de celle-ci, ainsi que les rapports de ses médecins traitants. Ces expertises sont motivées et claires et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de celles-ci. 10J010

- 19 - d) i. Sur le plan matériel, ces deux expertises se distinguent surtout dans les conclusions des experts concernant la capacité de travail de la recourante. Les experts partagent le même avis concernant l'absence d'incidence des troubles psychiques sur la capacité de travail de l'intéressée. A cet égard et à l'instar du SMR, il faut constater que la psychiatre traitante de la recourante ne présente aucun élément objectif qui n'aurait pas été pris en compte par les experts psychiatres consultés. Sur ce point, aucun élément ne vient remettre en question l'appréciation, concluante, des experts psychiatres. ii. La situation est autre concernant le volet somatique. Concernant la capacité de travail, il ressort de l'expertise d'août 2024, qu'« après réflexion, il apparaît au second expert neurologue, le Dr E. _____ que, comme le mentionne Monsieur J. _____ dans son rapport de bilan neuropsychologique, s'il n'y a pas d'atteinte neurologique proprement dite et si le bilan neuropsychologique est également entaché de minimes anomalies, [la recourante] paraît authentique dans ses plaintes, savoir qu'il existe, comme cela est classiquement dans le cas de la sclérose en plaques, mais peut être également aggravée par les affections endocrinologiques, une baisse d'efficacité liée à un manque de dynamisme/une fatigue/fatigabilité, justifiant la reconnaissance d'une incapacité de travail par perte de rendement un peu supérieure à ce qui était estimé au terme de l'évaluation pluridisciplinaire de janvier 2024. Étant donné que la fatigue est considérée dans le cadre de la sclérose en plaques comme représentant fréquemment l'élément limitatif majeur (plus que les déficits neurologiques et neuropsychologiques eux-mêmes) dans l'activité personnelle et professionnelle des sujets, la reconnaissance d'une incapacité de travail sur perte de rendement paraît justifiée au Dr E. _____ et il est ainsi proposé de retenir une incapacité de travail non pas de 10 % mais de 30 % du 80 % contractuel dans l'immédiat et pour les prochains mois, afin de permettre à [la recourante] de récupérer dans la mesure du possible un peu d'énergie et d'éviter par là même une aggravation ultérieure de l'incapacité de travail par un état d'épuisement ». 10J010

- 20 - Les auteurs de l'expertise bidisciplinaire ne retiennent pas d'aggravation clairement objectivable depuis l'expertise effectuée en mars 2024, mais donnent en revanche plus de poids aux plaintes de la recourante, estimant celles-ci crédibles au vu des diagnostics retenus. Ils mentionnent à cet égard un syndrome de fatigue chronique pluri-étiologique, lié à la sclérose en plaques, au Covid-19 et à une affection multiglandulaire, présent depuis plusieurs années, alors que dans leur expertise de mars 2024, les experts renaient une asthénie liée à la sclérose en plaques uniquement. L'usage des termes « à la réflexion » présents dans l'expertise d'août 2024 souligne que les experts entendaient remettre en question la capacité de travail retenue dans l'expertise de mars 2024, étant précisé que c'est le même expert psychiatre qui a participé à l'élaboration des deux rapports en cause. iii. Dans les deux expertises, les experts relèvent que la recourante se plaint d'une fatigue et d'une fatigabilité accrues depuis octobre 2023, qui l'empêchent d'exercer son activité professionnelle au taux actuel de 80 %, de pratiquer ses hobbies (loisirs créatifs, tricot, couture, collage, aquarelles), d'entretenir des relations sociales et qui lui imposent lorsqu'elle ne travaille pas de passer beaucoup de temps à dormir et à se reposer. L'ampleur de cette fatigue est aussi rapportée par les Dres L. _____ et M. _____. A cet égard, le

SMR ne peut être suivi lorsqu'il retient, dans son avis du 25 octobre 2024, que la recourante ne présenterait aucune limitation dans ses activités quotidiennes. En effet, dans l'expertise de mars 2024 déjà, l'expert en neuropsychologie indiquait que celle-ci rapportait ne plus parvenir à s'occuper de ses tâches domestiques, ce qui est également rapporté par ses médecins traitants (rapports des 17 mai et 7 juin 2024). La capacité de prendre les transports publics ou d'effectuer des jeux de stratégie en ligne ne permet pas encore d'écarter les fatigues et la fatigabilité invoquées par la recourante. iv. Concernant la crédibilité des plaintes de l'intéressée, il ressort des deux expertises que celle-ci est cohérente, n'est ni démonstrative, ni majorante et que la plainte de fatigue est fréquente chez les personnes souffrant de sclérose en plaques. Dans la première expertise 10J010

- 21 - de mars 2024, le neuropsychologue mentionne également que la fatigue appartient aussi aux symptômes post-Covid, en précisant « qu'il n'est pas toujours possible de l'objectiver dans les tests, surtout chez des personnes de bon niveau d'éducation, sollicitant leurs ressources pour parvenir à la compenser. De même, les troubles les plus fréquemment rapportés en lien avec une sclérose en plaques faiblement symptomatique concernent les fonctions attentionnelles et la mémoire de travail ; là encore, il s'agit de domaines que les tests peuvent échouer à explorer de manière suffisamment fine chez des personnes présentant un bon niveau d'éducation ». Il mentionne également, et cela est repris dans l'évaluation consensuelle, que « le fait que l'examen échoue à mettre en évidence des signes objectifs clairs de fatigabilité attentionnelle et d'autres troubles tels qu'on peut les observer dans les évolutions des scléroses en plaques ne signifie pas que cette fatigue et ces altérations habituelles soient absentes, les personnes de bon niveau d'éducation parvenant souvent à compenser des difficultés auxquelles elles sont confrontées de manière bien plus nette dans leur quotidien, notamment professionnel ». La Dre L. _____ indiquait aussi en mai 2024 que la recourante « compensait sa fatigue par sa capacité intellectuelle et cognitive supérieure à la moyenne, mais [que] cela contribuait à son épuisement ». Dans l'expertise de mars 2024, l'expert en neuropsychologie ajoute que les plaintes mnésiques sont aussi fréquentes dans les cas de personnes touchées par le Covid-19, mais que chez la recourante, il n'était possible de « mettre en évidence que deux discrets signes d'une possible altération de la mémoire de travail et un rappel différé un peu faible en mémoire visuelle — domaine aussi altéré précocement, cela étant, dans les évolutions des scléroses en plaques ». Il précise qu'« il n'est [...] pas possible de faire clairement la part des choses dans ces difficultés entre celles qui relèvent de la sclérose en plaques et celles qui sont attribuables au Covid, supposer évoluer favorablement dans un délai de six à neuf mois après la date des premiers symptômes ». Enfin, l'expert en neuropsychologie indique aussi, suivi en cela par l'expert en neurologie, que « la fatigue est présente dès le réveil et augmente en cours de journée ». Précisant avoir examiné la recourante le matin, il relève qu'« il est possible que si l'assurée avait été examinée un après-midi, certains de ces signes, notamment de fatigabilité, auraient été plus marqués ». A cet égard, 10J010

- 22 - on relèvera que tous les experts qui ont participé à l'expertise de mars 2024, hormis le médecin psychiatre, ont examiné la recourante le matin. v. Il ressort ainsi de l'ensemble de ce qui précède que l'origine de la fatigue mentionnée par la recourante peut être étayée médicalement. Concernant la capacité de travail, l'expertise pluridisciplinaire de mars 2024 ne convainc pas pleinement, dans la mesure où elle ne mentionne pas d'éléments qui justifieraient de ne pas tenir compte, comme l'ont fait les auteurs de la seconde expertise, de la fatigue et de la fatigabilité invoquées par la recourante. Selon les auteurs de cette

expertise rien ne permet de douter de l'authenticité des plaintes invoquées par celle-ci, qui ne paraît pas les majorer. En outre, ils indiquent que la fatigabilité qu'elle invoque peut exister, dans ce contexte particulier (sclérose en plaques, Covid-19 et bon niveau d'éducation), même en l'absence de signes objectifs clairs de fatigabilité attentionnelle et d'autres troubles. Par ailleurs, pour les motifs déjà exposés ci-dessus (cf. supra consid. 9b), le fait que la seconde expertise puisse constituer une appréciation différente d'un même état de fait par rapport à la première, comme le relève le SMR dans son avis du 25 octobre 2024, ne saurait, dans les présentes circonstances, être déterminant. Il convient donc de prendre en considération la capacité de travail retenue dans l'expertise bidisciplinaire du 8 août 2024, soit une capacité de travail globale de 55 % (capacité de travail de 70 % du 80 %), dans l'activité habituelle de la recourante, sans perte de rendement, en raison de la fatigue et des difficultés à exécuter certaines tâches complexes et ce depuis le 29 janvier 2024, date à partir de laquelle elle a présenté une incapacité de travail attestée médicalement en lien avec son dernier emploi exercé à 80 %. Aucun motif ne justifie de s'écarter des conclusions de l'expertise bidisciplinaire concernant la capacité de travail de 55 %. En particulier, la réponse qu'apporte à l'assurance perte de gain l'expert en neurologie, qui dit ne rien avoir contre la retenue d'une capacité de travail de 50 %, ne repose sur aucune considération objective et médicale (cf. courrier de l'expert neurologue à l'OAI du 9 septembre 2024). Certes, il ressort de l'expertise bidisciplinaire que la capacité de travail précitée serait 10J010

- 23 - à retenir « dans l'immédiat et dans les prochains mois », mais sans aucunement expliquer pour quelles raisons, il ne conviendrait pas de prendre en compte une telle incapacité de travail depuis janvier 2024, alors qu'eux-même décrivent une augmentation de la fatigabilité de la recourante depuis octobre 2023. Par ailleurs, il convient de relever que, selon l'expertise d'août 2024, toutes les activités sont potentiellement exigibles de la recourante, le temps d'activité étant le facteur limitatif. Les auteurs de ce rapport mentionnent toutefois également, sur le plan neurologique, que si la recourante ne devait pas être capable « de remplir ses obligations dans son poste de travail aménagé et au taux contractuel défini plus haut, il serait envisageable de modifier son activité professionnelle sous forme d'une activité plus simple, sédentaire, sans engagement physique et intellectuel important, c'est-à-dire une activité simple, répétitive, autorisant des moments réguliers de repos ». L'expertise ne révèle cependant pas quelle serait la capacité de travail de la recourante dans une telle activité. Cette question mérite d'être instruite dans la mesure où elle est utile à la détermination de la capacité de gain de la recourante (revenu avec invalidité). 10. a) En conclusion, le recours doit être admis, la décision annulée et la cause renvoyée à l'autorité précédente pour instruction complémentaire concernant la capacité de travail dans l'activité adaptée susmentionnée et examen d'un éventuel droit de la recourante à des prestations. A cette fin, l'OAI devra notamment tenir compte d'une capacité de travail de 55 % dans l'activité habituelle de la recourante dès le 29 janvier 2024, étant précisé que jusqu'à cette date, cette même capacité était de 100 % avec une perte de rendement de 10 % depuis le diagnostic de la sclérose en plaques en 2022, comme le retient l'expertise pluridisciplinaire de mars 2024. Il appartiendra aussi à l'OAI de déterminer à quel taux la recourante travaillerait en l'absence d'atteinte à la santé (cf. supra consid. 4c). Dans le cas d'espèce, un renvoi de la cause à l'intimé se justifie pleinement, dès lors qu'il se rapporte à des points litigieux qui n'ont pas 10J010

- 24 - suffisamment, voire pas du tout, été éclaircis en procédure administrative, et qui doivent être précisés ou complétés (ATF 139 V 99 consid. 1.1). b) Les frais de la procédure devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, fixés forfaitairement à 600 fr., sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 61 let. fbis LPGA ; art. 69 al. 1bis LAI). L'avance de frais de 600 fr., versée par la recourante, lui sera restituée lorsque le présent jugement sera entré en force. c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'une mandataire qualifiée, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1), et de la mettre à la charge de l'intimé.

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