

# VD\_GERICHTE ZD25.023976 vom 29. April 2026

VD Tribunal cantonal, 2026-04-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD25.023976](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD25.023976)

FR: VD\_GERICHTE ZD25.023976 du 29 avril 2026

IT: VD\_GERICHTE ZD25.023976 del 29 aprile 2026

## Erwägungen

### E. 24

CO UR DE S ASSURANCES S OCIALES

Arrêt du 29 avril 2026

Composition : Mme DURUSSEL, présidente MM. Neu et Piguët, juges Greffier : M.

Germond \*\*\*\*\* Cause pendante entre : B. \_\_\_\_\_, à U\*\*\*\*, recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 6 s. et 61 let. c LPG A ; 4 al. 1 et 28 LAI 10J010

- 2 - En fait : A. a) B. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en \*\*\*, ressortissante portugaise, vit en Suisse depuis \*\*\*. Elle est mariée et mère de trois enfants nés entre \*\*\* et \*\*\*. Au bénéfice d'une formation d'employée de commerce, elle travaillait depuis le 1er août 2002 dans l'indexation des factures auprès du D. \_\_\_\_\_ (D. \_\_\_\_\_) SA à S\*\*\*\*. b) Le 12 mai 2022, l'assurée a été opérée au G. \_\_\_\_\_ par les Drs J. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et F. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, pour une cure de hernie discale en raison d'une lombo-fémoralgie déficitaire depuis le 6 mai 2022 dans le contexte d'une hernie discale L3-L4 paramédiane et foraminale gauche (protocole opératoire du 17 mai 2022). A la suite de cette intervention, l'assurée a présenté quelques douleurs au niveau de la colonne lombaire et des irradiations dans la jambe gauche (rapports des 16 août, 29 septembre et 19 décembre 2022 des médecins du G. \_\_\_\_\_). A partir du mois d'août 2022, l'assurée travaillait depuis son domicile (télétravail) au taux de 30 %. Jusqu'à la fin du mois de novembre 2022, elle se déplaçait avec deux béquilles et par la suite avec une seule canne. Le Dr K. \_\_\_\_\_, médecin traitant, avait proposé à l'intéressée de bénéficier d'un soutien auprès d'une psychologue. Le 2 novembre 2022, alors en arrêt de travail depuis le 26 avril 2022, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance- invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Cette démarche était motivée en raison d'une hernie avec une paralysie de la jambe gauche. Selon le rapport pour l'employeur du 23 janvier 2023, le salaire mensuel brut de l'assurée était de 5'330 fr. depuis le 1er juillet 2020. 10J010

- 3 - Par communication du 28 février 2023, l'OAI a pris en charge les frais d'une mesure d'intervention précoce sous la forme d'une analyse ergonomique du poste de travail de l'assurée. A la suite d'un bilan psychologique qui avait mis en évidence une dépression, un suivi psychologique auprès de la L. \_\_\_\_\_ devait débiter. Puis, l'OAI a pris en charge les frais d'une mesure de coaching effectuée du 25 mai au 31 août 2023, dans le but d'augmenter progressivement le taux de travail de l'assurée. Le 22 juin 2023, l'assurée a informé l'OAI de la reprise du travail au taux de 40 %. Une infiltration avait été réalisée le 19 juin 2023 au M. \_\_\_\_\_ et une nouvelle était prévue le 13 juillet 2023. Le suivi

psychologique de l'intéressée se poursuivait auprès du Centre de psychiatrie et psychothérapie C.\_\_\_\_\_. Par communication du 17 août 2023, l'OAI a poursuivi la mesure de soutien de la reprise par l'assurée de son activité professionnelle habituelle au taux de présence de 40 %, du 1er au 30 septembre 2023. L'OAI a en outre pris en charge les frais d'un siège ergonomique fourni à l'assurée le 18 août 2023 par E.\_\_\_\_\_ SA. Par rapport de coaching du 5 septembre 2023, la psychologue FSP P.\_\_\_\_\_ a noté une amélioration du moral de l'assurée déchargée des quotas professionnels, au bénéfice d'une chaise ergonomique depuis le mois d'août 2023, qui travaillait depuis le domicile par tranches de quarante-cinq minutes et envisageait un retour en présentiel à raison d'un jour par semaine. Les déplacements à l'extérieur s'accomplissaient toujours avec l'aide d'une canne. La mesure de coaching a été prolongée par l'OAI du 1er septembre au 30 décembre 2023 (communication du 7 septembre 2023). 10J010

- 4 - Dans un rapport du 11 septembre 2023, le Dr J.\_\_\_\_\_ a relevé en particulier qu'une IRM post-opératoire du 30 mars 2023 ne montrait pas de signe de récurrence, ni d'inflammation susceptible d'expliquer le symptôme de l'assurée. L'OAI a soumis ce rapport au SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) qui a estimé que malgré des douleurs postopératoires persistantes importantes, il n'y avait pas eu d'erreurs médicales. Des mesures thérapeutiques étaient encore nécessaires et, à terme, une capacité de travail de l'assurée entre 80 et 100 % semblait envisageable. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient également suggérées (compte rendu de la permanence SMR du 27 septembre 2023). Dans un rapport du 20 septembre 2023, le psychiatre (Dr BB.\_\_\_\_\_) suivant l'assurée depuis le 16 mai 2023 auprès du Centre de psychiatrie et psychothérapie C.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics, ayant une incidence sur la capacité de travail, d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et de douleurs lombosacrées d'origine somatique. Sans incidence sur la capacité de travail, il diagnostiquait une insomnie non organique avec une difficulté d'endormissement. Sans pouvoir se prononcer de manière définitive sur la capacité de travail dans une activité adaptée, le psychiatre traitant préconisait une augmentation progressive du nombre d'heures de travail en fonction de la bonne évolution de l'état dépressif. Le pronostic était réservé pour une reprise du travail à plein temps au vu des symptômes dépressifs persistants et de l'état psychique fragile. Une augmentation progressive du taux de travail à 40 % était recommandée. La prise en charge ambulatoire à une fréquence d'une fois toutes les deux semaines se poursuivait. Le traitement médicamenteux alliait la prise de Sertraline® 100 mg le matin et de Zolpidem® 10 mg le soir. Par communication du 28 septembre 2023, l'OAI a pris en charge les frais d'un entraînement progressif de l'assurée avec le concours de D.\_\_\_\_\_, du 1er octobre au 31 décembre 2023. 10J010

- 5 - Aux termes d'un rapport intitulé « REA – Rapport final » du 21 décembre 2023, la collaboratrice en charge du cas auprès de l'OAI a indiqué que la tentative d'un essai de travail au taux de 40 % s'était soldée par un échec. Le poste de travail de l'assurée avait été adapté tant à domicile que sur le lieu de travail (chaise et table), sa charge de travail avait été adaptée et une place de parc était à sa disposition lorsqu'elle se rendait sur site. L'OAI a clos le mandat de réadaptation professionnelle dans l'attente de la suite de l'instruction médicale du cas. Dans le cadre de son instruction, l'OAI a pris connaissance du dossier en mains de l'assureur perte de gain de l'employeur de l'assurée et des renseignements auprès des médecins consultés, soit en particulier : - un rapport du 29 janvier 2024 de la Dre BN.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique au BG.\_\_\_\_\_, laquelle n'était pas en mesure de se

prononcer sur une capacité de travail éventuelle de l'assurée dans une activité adaptée ; - deux rapports des 9 et 16 avril 2024 du Centre de psychiatrie et psychothérapie C.\_\_\_\_\_. Dans le premier rapport, le Dr BB.\_\_\_\_\_ confirmait qu'en raison d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), la capacité de travail de l'assurée était de 30 % en télétravail. Les limitations fonctionnelles étaient des troubles de l'attention et de la concentration, un fonctionnement anxieux, une fatigabilité et un ralentissement psychomoteur. Dans le second document, le psychiatre traitant maintenait son évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'assurée au taux de 30 % dans son activité habituelle exercée en télétravail, malgré une légère stabilité psychique surtout au niveau des symptômes anxio-dépressifs. L'état de santé psychique restait fragile en regard des problèmes somatiques et de la situation financière délicate de l'intéressée. Dans une analyse du 5 juin 2024, le SMR a observé qu'en parallèle à une atteinte au niveau du rachis lombaire entravant la reprise de son activité habituelle à un taux supérieur à 30 %, l'assurée présentait une atteinte dépressive réactionnelle au contexte douloureux d'intensité 10J010

- 6 - sévère selon le diagnostic, mais dont les répercussions ne paraissaient pas entièrement corrélées à cette intensité. Dans ces conditions, l'instruction du cas devait se poursuivre afin de préciser les répercussions durables des atteintes à la santé dans les différents domaines de la vie de l'intéressée, par le biais d'une expertise bidisciplinaire en rhumatologie ou médecine physique et psychiatrie. Le 11 juin 2024, D.\_\_\_\_\_ SA a résilié les rapports de travail le liant à l'assurée avec effet au 31 mars 2025. L'OAI a confié la réalisation d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie) au centre BK.\_\_\_\_\_ Sàrl (ci-après : le BK.\_\_\_\_\_). Dans leur rapport du 23 août 2024, les Drs BL.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et BM.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu, au plan rhumatologique, les diagnostics de status post chirurgie lombaire, cure de hernie discale le 12 mai 2022, de status de déficit proximal du membre inférieur gauche, de syndrome lombalgique avec déconditionnement global et focal, par dysbalance musculaire. Au plan psychiatrique, ils ont diagnostiqué un trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F43.21), sans répercussion sur la capacité de travail. Ils ont également constaté des difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z 56). Les experts ont évalué la capacité de travail de l'assurée à 90 % (soit 100 % avec une diminution de 10 % en raison du déficit proximal du membre inférieur gauche et du syndrome lombaire persistant justifiant des pauses supplémentaires) dès juillet 2022 dans une activité adaptée, y compris celle habituelle, aux limitations fonctionnelles rhumatologiques (éviter le port de charge de plus de cinq kilos, alterner les positions assis/debout à sa convenance [pas plus d'une heure assise et pas plus d'une heure debout], éviter la marche sur des terrains accidentés, éviter les positions agenouillées et éviter de monter/descendre les échelles ou les échafaudages). Selon un rapport d'examen du 4 septembre 2024, le SMR a indiqué que les experts du BK.\_\_\_\_\_ confirmaient l'atteinte rachidienne et les limitations fonctionnelles corrélatives sans toutefois retenir une 10J010

- 7 - diminution significative de la capacité de travail mais en l'estimant à hauteur de 10 % en présence de l'assurée active et autonome dans son quotidien, bien entourée et qui disposait de ressources considérables. Sur le plan psychiatrique, le SMR a relevé l'absence d'atteinte durable et incapacitante, les experts ne retenant pas le diagnostic d'épisode dépressif avec épisode dépressif posé par le psychiatre traitant. Le SMR a validé les constatations et les conclusions du rapport d'expertise. Par projet de décision du 20 septembre 2024, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa demande de

prestations, au motif qu'au moment de la naissance d'un éventuel droit à la rente (le 26 avril 2023) elle présentait une incapacité de travail de 10 % depuis le 1er août 2022, ce qui excluait un droit à la rente. Le droit à des mesures professionnelles n'était également pas ouvert en l'absence de possibilité de réduire le préjudice économique. Les 11 octobre 2024 et 15 janvier 2025, l'assurée, agissant désormais par son conseil Me Jean-Michel Duc, a fait part à l'OAI de ses objections sur le projet de décision précité, contestant la valeur probante du rapport d'expertise du 23 août 2024 si bien qu'une nouvelle expertise médicale devait être mise en œuvre. Le 27 février 2025, l'OAI a reçu les pièces suivantes : - un rapport du 3 février 2025 adressé à Me Duc par la Dre BN. \_\_\_\_\_ qui, après un résumé du cas, a fait part d'une importante boiterie à la marche due aux douleurs. La marche sur la pointe des pieds et sur les talons était instable. L'assurée était limitée dans ses activités quotidiennes. Les lombalgies basses gauches irradiaient à la face latérale de la cuisse gauche ce qui déclenchait des douleurs à la marche, avec une impression de faiblesse du membre inférieur. Les traitements ne permettaient pas un soulagement complet et l'évolution était très lente concernant les capacités de récupération fonctionnelle. La Dre BN. \_\_\_\_\_ mentionnait un mauvais pronostic pour une capacité de travail à 100 % en raison des douleurs chroniques musculosquelettiques sur remaniements dégénératifs et 10J010

- 8 - neuropathiques post cure d'hernie discale L3-L4. Pour le reste, elle renvoyait auprès du psychiatre traitant ; - un rapport du 12 février 2025 du psychiatre traitant du Centre de psychiatrie et psychothérapie C. \_\_\_\_\_ répondant aux questions adressées dans l'intervalle par Me Duc. Mentionnant un suivi psychiatrique et psychothérapeutique intégré (BP. \_\_\_\_\_) de l'assurée depuis le 23 novembre 2023, avec une fréquence mensuelle, en raison d'un état dépressif sévère à la suite de l'opération de hernie discale en 2022, le Dr BB. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). D'un point de vue strictement psychiatrique, la capacité de travail de l'assurée était de 30 % (télétravail) depuis le 20 mars 2024, avec la précision qu'il était difficile de se prononcer sur un pourcentage de reprise d'une activité adaptée. Le taux précité n'avait pas évolué au vu de la persistance des manifestations de la dépression, du fonctionnement anxieux, des troubles de la concentration et du ralentissement psychomoteur. De plus, l'assurée présentait une irritabilité et une angoisse très palpable en invoquant sa situation financière qui contrastait drastiquement avec le niveau de vie dont elle avait auparavant l'habitude, ce qui entraînait un stress supplémentaire. Être confrontée à une précarité financière constituait en soi un traumatisme supplémentaire. Sur le plan pharmacologique, le traitement médicamenteux alliait la prise de Duloxétine® 60 mg (1-0-0), de Duloxétine® 30 mg (1-0-0), de Zolpidem® 10 mg (0-0-0-1) et de Seresta® 15 mg (1-0-1) en réserve. Par avis du 2 avril 2025, le SMR a constaté que le rapport du 3 février 2025 se basait pour l'essentiel sur l'évolution de la prise en charge et des traitements. Le médecin y indiquait que l'assurée marchait avec une importante boiterie, mais sans décrire la date du dernier contrôle ou encore un quelconque examen clinique. Le SMR relevait l'absence de boiterie décrite dans l'expertise. En outre à aucun moment le médecin n'intégrait à son appréciation le quotidien de l'assurée, ses ressources ou encore les répercussions des douleurs dans les différents aspects de sa vie. De plus, la Dre BN. \_\_\_\_\_ ne contestait pas les conclusions de l'expertise, mais elle 10J010

- 9 - se bornait à émettre un pronostic défavorable en lien avec une capacité de travail de 100 %, taux non-retenu par les experts. S'agissant du rapport du 12 février 2025, les

médecins ne contestaient pas les éléments retenus dans l'expertise et ils n'intégraient pas les éléments du quotidien, les ressources ou les éléments d'intégration sociale à leur appréciation. Or l'élément marquant était le diagnostic d'un épisode dépressif sévère malgré la description d'une assurée orientée, de présentation adaptée, au discours clair, cohérent et informatif, sans trouble du cours de la pensée. La fréquence du suivi (mensuelle) face à la sévérité de l'atteinte, interpellait également. Selon le SMR, dans la situation d'une assurée souffrant d'un épisode dépressif d'intensité sévère, il était étonnant et peu cohérent de retenir la présence d'une capacité de travail exploitable, même à hauteur de 30% en télétravail. L'appréciation des limitations fonctionnelles, basée sur la mini-CIF-APP, comportait certains éléments, comme par exemple la capacité de contact et de conversation avec des tiers, peu documentés ou développés. Les médecins soignants élaboraient des difficultés à se déplacer depuis l'intervention en 2022 et une tendance au retrait social, alors que l'assurée se déplaçait sans grande difficulté, s'étant même rendue au Portugal en voiture après son opération, et qu'elle maintenait de bonnes relations avec son entourage ainsi que sa famille. Par décision du 2 avril 2025, l'OAI a refusé de prester, conformément au projet du 20 septembre 2024. Dans un courrier du même jour, il a exposé à l'assurée que le rapport d'expertise bidisciplinaire du BK. \_\_\_\_\_ devait être suivi, sa contestation n'apportant pas d'élément susceptible de mettre en doute le préavis qui reposait sur une instruction complète sur le plan médical et économique, et était conforme en tous points aux dispositions légales. B. Par acte du 20 mai 2025, B. \_\_\_\_\_, représentée par Me Jean-Michel Duc, a déposé devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal un recours contre la décision du 2 avril 2025, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'elle est mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1er avril 2023 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. 10J010

- 10 - La recourante critique la valeur probante du rapport d'expertise du BK. \_\_\_\_\_. Ce faisant, elle conteste disposer d'une capacité de travail de 90 % dans son activité habituelle. En premier lieu, elle déplore que ladite expertise repose sur des examens cliniques très brefs et insuffisants pour évaluer une pathologie évolutive, fluctuante et complexe. Ensuite, elle fait valoir que l'expertise ne prend que très partiellement en compte les nombreux rapports médicaux produits. Elle souligne en ce sens que le rapport de la Dre BN. \_\_\_\_\_ du 3 février 2025 atteste de douleurs chroniques sévères, d'une boiterie marquée et d'une limitation fonctionnelle sévère, avec un mauvais pronostic pour une reprise du travail au taux de 100 %. De même, elle indique que le rapport des C. \_\_\_\_\_ du 12 février 2025 fait état d'un épisode dépressif sévère, d'une fatigabilité importante, d'un ralentissement psychomoteur, d'un retrait social et de troubles cognitifs durables, éléments non intégrés par les experts qui auraient a minima pu être interpellés sur ces rapports médicaux. La recourante reproche à l'experte psychiatre de retenir un simple trouble de l'adaptation au détriment des avis divergents des spécialistes consultés aux C. \_\_\_\_\_ et au CHUV concordants sur le diagnostic d'épisode dépressif sévère. Elle déplore l'absence de motivation suffisante de son diagnostic, à savoir des motifs pour lesquels elle a écarté ceux retenus par le médecin traitant. Elle reproche également aux experts de minimiser, voire d'exclure dans leur rapport, certains éléments cliniques objectifs tels que l'importante boiterie, la perte d'endurance et l'instabilité. La recourante soutient que le potentiel de réadaptation a mal été apprécié sans tenir compte de plusieurs éléments (coaching, notes d'entretien, rapports d'ergonomie) révélant une désorganisation du rythme de vie, une fatigue extrême, une prise de médicaments lourds, une incapacité à respecter une routine et

des interactions sociales réduites. En ce sens, elle rappelle que la réinsertion professionnelle dont elle a bénéficié s'est soldée par un échec. Elle explique que dans l'activité exercée – en l'occurrence un poste administratif au sein de D.\_\_\_\_\_ – sa capacité de travail n'a pas dépassé un taux de 30 %, avec une tentative avortée de monter à 40 %, avant son licenciement. Elle oppose cet échec documenté à l'appréciation théorique figurant dans l'expertise. La recourante ajoute que ses plaintes n'ont pas suffisamment été prises en compte et que l'expertise critiquée manque de profondeur 10J010

- 11 - dans l'analyse fonctionnelle et ne répond pas aux standards posés par la jurisprudence. Elle reproche à l'OAI une violation de la maxime inquisitoire en rejetant sa demande de prestations de l'assurance-invalidité sur la base d'une expertise ponctuelle, incomplète et contestée. Se prévalant des avis médicaux divergents de ses médecins traitants – en particulier ceux du Centre C.\_\_\_\_\_ (9 et 16 avril 2024), de la Dre BN.\_\_\_\_\_ (3 février 2025), du Dr J.\_\_\_\_\_ (13 février 2025) et du Dr CG.\_\_\_\_\_ (février 2025) – la recourante fait valoir que l'OAI était tenu d'actualiser l'évaluation médicale du cas, voire d'ordonner un complément d'expertise, ce qu'il n'a pas fait. A la suivre, le SMR, sous la plume du Dr CF.\_\_\_\_\_ qui ne bénéficie pas d'une spécialisation en psychiatrie, a minimisé l'importance des diagnostics psychiatriques en retenant des ressources suffisantes pour travailler au taux de 90 %, malgré les contradictions flagrantes au dossier. A titre de mesures d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise indépendante et conforme aux standards légaux, indispensable pour garantir le principe d'égalité des armes ainsi que le droit à une instruction impartiale et complète. Elle a requis également la production de son dossier complet en mains de l'OAI et la tenue par la Cour de céans de débats publics, au sens de l'art. 6 § 1 CEDH (Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; RS 0.101). Le 7 juillet 2025, afin de pouvoir se déterminer en pleine connaissance de cause sur l'acte de recours du 20 mai 2025, l'OAI a requis que les rapports invoqués par la recourante soient produits. L'OAI a en outre sollicité une prolongation de délai pour le dépôt de sa réponse au recours dès lors que ces documents devaient encore vraisemblablement être soumis au SMR. Le 9 juillet 2025, l'assurée a donné suite à cette réquisition en transmettant les pièces médicales suivantes : - un rapport du 13 février 2025 rédigé à l'intention de Me Jean-Michel Duc par le Dr J.\_\_\_\_\_ retenant le diagnostic de lombo-fémoralgie gauche (dans le contexte de status post cure de hernie discale L3-L4 gauche le 12 mai 10J010

- 12 - 2022, d'IRM du 30 mars 2023 et radiographie de la colonne lombaire du 13 septembre 2022, sans signe de récurrence ni d'instabilité). Selon ce médecin, la capacité de travail de l'assurée était relativement élevée. Il concédait qu'il s'agissait d'un sentiment qu'il n'était pas en mesure de mieux évaluer objectivement. A son avis, les experts étaient plus expérimentés dans ce domaine que lui-même et en cas de doute, il recommandait de réaliser une évaluation par un médecin du travail ou un spécialiste de médecine physique et réhabilitation ; - un rapport du 24 février 2025 du Dr CG.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, qui a fait part à Me Duc de l'impossibilité de se prononcer sur les répercussions fonctionnelles au regard des imageries au dossier, celles-ci nécessitant un examen clinique qui n'était pas du domaine de compétence des radiologues. Dans sa réponse du 7 août 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse. Il relève le caractère probant du rapport d'expertise bidisciplinaire du BK.\_\_\_\_\_ du 23 août 2024 et se rallie à un avis SMR du 5 août 2025, selon lequel les pièces médicales postérieures à l'expertise n'apportent aucun élément objectif nouveau ignoré ou survenu jusqu'à la décision

litigieuse du 2 avril 2025. Dans sa réplique du 6 octobre 2025, persistant dans ses précédentes conclusions, la recourante a insisté sur sa demande d'expertise au vu du caractère évolutif et chronique de ses atteintes à la santé. Elle a produit les pièces suivantes : - deux certificats médicaux des 29 août et 18 septembre 2025 du Dr BB. \_\_\_\_\_ du Centre de psychiatrie et psychothérapie C. \_\_\_\_\_ attestant une incapacité de travail de la recourante pour cause de maladie, du 29 août au 3 octobre 2025 ; - un rapport d'IRM de la colonne lombaire réalisée le 17 septembre 2025 par le Dr CJ. \_\_\_\_\_ au CK. \_\_\_\_\_ qui, en comparaison d'un examen du 19 juillet 2024, a mis en évidence une hernie discale L5-S1 paramédiane droite d'apparition récente et pouvant entrer en conflit avec la racine S1 à 10J010

- 13 - son émergence, une discarthrose L3-L4 et L4-L5 avec fissures discales périphériques d'allure non conflictuelle, et l'absence de sténose canalaire ou foraminale ; - une décision du 23 septembre 2025 par laquelle la Caisse de chômage I. \_\_\_\_\_ a nié le droit de la recourante à l'indemnité de chômage après le

#### **E. 26**

septembre 2025, au motif qu'elle était en incapacité de travail dès le 28 août 2025. Le 10 octobre 2025, la recourante a produit un rapport du 1er octobre 2025 rédigé à l'intention de Me Duc par le psychiatre traitant (Dr BB. \_\_\_\_\_) du CL. \_\_\_\_\_ et psychothérapie C. \_\_\_\_\_, lequel s'est exprimé de la manière suivante sur l'état de santé psychique de sa patiente : “1. Cohérence du diagnostic avec les observations cliniques : Le diagnostic psychiatrique posé est cohérent avec les éléments cliniques observés lors des entretiens réguliers. Mme B. \_\_\_\_\_ présente de manière persistante une symptomatologie dépressive marquée par une anhédonie, une baisse de l'élan vital, des troubles du sommeil et de la concentration, en accord avec les critères diagnostics retenus. Ces symptômes ont un retentissement significatif sur le fonctionnement global, en particulier sur le plan socio-professionnel. 2. Justification du taux de capacité de travail retenu : Le taux de capacité de travail retenu tient compte à la fois de l'intensité des troubles psychiques, de leur chronicité et de leur impact fonctionnel. Actuellement, la capacité de travail est estimée à 0 %, en raison notamment de la fatigabilité mentale, des troubles attentionnels persistants, des difficultés d'adaptation au stress et aux exigences professionnelles. 3. Importance des facteurs contextuels dans l'appréciation des limitations : Les limitations fonctionnelles de la patiente sont accentuées par plusieurs facteurs contextuels. Les douleurs somatiques chroniques lombalgies et céphalées, ainsi que les traitements antalgiques interférant avec l'endurance physique et mentale. L'absence de vie sociale constitue un facteur de vulnérabilité émotionnelle majeur, limitant les ressources d'adaptation. La précarité financière et 10J010

- 14 - résidentielle agit également comme facteur de stress chronique, maintenant l'état de santé psychique dans une instabilité relative. L'ensemble de ces éléments contribue à fragiliser les capacités d'adaptation et de mobilisation de la patiente dans un contexte professionnel.” Dans sa duplique du 29 octobre 2025, produisant un avis SMR du 15 octobre 2025 auquel il se rallie, l'OAI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours ainsi qu'à la confirmation de la décision attaquée. Par déterminations du 6 novembre 2025, la recourante s'est exprimée sur la duplique de l'OAI. Elle s'estime incapable de travailler dans une mesure lui permettant de subvenir à ses besoins, et ceci de manière durable. A la suivre, elle présenterait une incapacité de travail de l'ordre de 70 % depuis 2022 qui s'est aggravée par la suite. Elle se prévaut des rapports convergents en 2025 de ses médecins (les Drs

BN. \_\_\_\_\_ et BB. \_\_\_\_\_) ainsi que de l'échec de la tentative de reprise du travail à mi-temps au cours de cette année-là. Elle observe que son psychiatre traitant retient une incapacité de travail totale dès le 29 août 2025, élément qui, selon elle, confirme la péjoration d'un tableau clinique très lourd en début d'année et qui corrobore l'impossibilité d'exercer toute activité régulière. Elle soutient qu'elle dispose tout au plus d'une capacité de travail résiduelle très théorique (inférieure à 30 %) dans des conditions d'emploi extrêmement aménagées et qui est en décalage avec les exigences du marché du travail ; elle en veut pour preuve l'impossibilité à réintégrer son dernier poste malgré ses efforts d'adaptation et l'échec de la mesure de maintien en emploi. Elle plaide qu'étant totalement invalide sur le plan économique, son incapacité de gain est bien supérieure au seuil requis pour avoir le droit à une rente entière d'invalidité. Ensuite, la recourante maintient sa critique en lien avec l'absence de valeur probante du rapport d'expertise du BEM [recte : BK. \_\_\_\_\_] du 23 août 2024. Ce faisant, elle reproche à l'experte psychiatre de ne pas retenir de limitation fonctionnelle notable malgré la détresse émotionnelle et l'impact de l'état dépressif sur le rendement professionnel, soit d'avoir minimisé des symptômes psychiatriques. Le volet rhumatologique est tout aussi contestable, selon la recourante, qui déplore le peu de poids accordé par l'expert à l'évolution défavorable depuis l'opération en 2022 et aux douleurs invalidantes 10J010

- 15 - entravant toute activité professionnelle sur la durée. Au-delà de ces contradictions sur le fond, elle se plaint de lacunes méthodologiques affaiblissant la valeur probante de l'expertise disputée. Elle répète d'une part que la durée des examens médicaux, notamment en psychiatrie, est trop brève et insuffisante pour évaluer correctement ses capacités cognitives et émotionnelles et, d'autre part, que l'experte psychiatre aurait tenu des propos déplacés, insistant sur la nécessité de reprendre une activité sur le marché du travail et de réintégrer le marché du travail sans égard aux limitations fonctionnelles, commentaires entachant la neutralité de l'examen. En plus, l'expertise querellée n'intégrerait pas, ni ne discuterait sérieusement les avis des médecins traitants, soit tant d'éléments pour lesquels la décision contestée ne saurait reposer sur le rapport d'expertise disputé. La recourante oppose aux conclusions des experts retenant une capacité de travail de 90 % dans l'activité habituelle, la procédure de réinsertion professionnelle qui s'est soldée par un échec. Elle invoque en particulier un rapport final du 23 octobre 2025 de la CM. \_\_\_\_\_, qu'elle produit. Selon ce document, dans le cadre d'un stage comme opératrice à mi-temps auprès de CN. \_\_\_\_\_ du 18 août au 12 septembre 2025, les limitations fonctionnelles restreignaient très fortement la capacité de l'intéressée à œuvrer dans le sens d'une réinsertion professionnelle sur le premier marché de l'emploi. Elle reproche en outre à l'OAI, respectivement au SMR, de ne pas prendre en compte des éléments antérieurs et postérieurs à l'expertise de 2024. Elle fait valoir qu'en raison de pathologies sévères (une atteinte rachidienne avec des complications neurologiques, des douleurs chroniques rebelles et un trouble dépressif majeur), elle présente une incapacité de travail au long cours qui lui ouvre le droit à une rente entière d'invalidité. Elle réitère son offre de preuve dans le sens de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire indépendante. Enfin, elle doute de la fiabilité statistique du centre d'expertises désigné par l'OAI. Sur la base de la liste publique des experts et centres d'expertises mandatés en 2024 par l'OAI, elle observe que le BEM [alors que l'expertise in casu relève du BK. \_\_\_\_\_] a réalisé cent septante-trois expertises pluridisciplinaires sur la période considérée dont seules quarante-huit ont abouti à la reconnaissance d'une incapacité de travail supérieure à 40 %, ce qui correspond à un taux d'environ 27,7 % de conclusions favorables aux 10J010

- 16 - assurés. Ce pourcentage est nettement inférieur à la moyenne nationale selon un rapport d'évaluation du 7 novembre 2023 du centre d'expertise CP. \_\_\_\_\_ SA indiquant qu'au niveau suisse, environ 46 % des expertises pluridisciplinaires mandatées concluent à une incapacité de travail d'au moins 40 %. L'écart relevé de près de 18 % placerait le BEM parmi les centres d'expertises les plus restrictifs de Suisse. La recourante est d'avis que cette donnée statistique, croisée avec les observations effectuées dans d'autres dossiers, tend à démontrer une orientation structurellement défavorable aux assurés et une tendance à minimiser les atteintes à la santé. Compte tenu de cette disproportion, elle fait valoir que la Cour de céans ne peut accorder qu'un poids réduit aux conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire de 2024 et doit privilégier les constatations médicales convergentes des Drs BB. \_\_\_\_\_, BN. \_\_\_\_\_ et de la CM. \_\_\_\_\_. (9 Le 15 avril 2026, la recourante a produit deux rapports des 9 et

### **E. 31**

mars 2026 du Dr DB. \_\_\_\_\_, médecin auprès du Service de neurologie du CHUV. Il ressort du premier rapport de consultation du 6 mars 2026 que le tableau clinique s'inscrivait dans un syndrome douloureux lomboradiculaire chronique post-chirurgical avec composante neuropathique et fonctionnelle (lombosciatalgie neuropathique chronique gauche post-chirurgicale [failed back surgery syndrome] avec composante de trouble neurologique fonctionnel moteur du membre inférieur gauche depuis la cure de hernie discale L3-L4 réalisée en mai 2022) pour laquelle aucune investigation neurologique complémentaire n'apparaissait indiquée à ce stade, la poursuite de la physiothérapie étant encouragée, idéalement avec un travail de réentraînement progressif de la marche et du membre inférieur gauche. Dans le second document adressé en réponse aux questions posées par Me Duc, le Dr DB. \_\_\_\_\_ a listé des limitations fonctionnelles (une limitation à la marche [environ quinze minutes sans pause], avec nécessité d'aide à la marche [cane ou bâtons], une difficulté à sa station debout prolongée [10 – 15 minutes], des difficultés pour les escaliers et les transferts [se relever d'une chaise], une fatigabilité et une majoration des douleurs à l'effort, ainsi qu'une limitation des activités physiques soutenues ou répétitives). Ce neurologue a retenu une capacité 10J010

- 17 - de travail résiduelle limitée à environ 50 – 70 % dans une activité adaptée (légère à modérée, essentiellement en position alternée, sans port de charges et avec possibilité de pauses régulières), avec une perte de rendement de l'ordre de 20 à 30 % (en lien avec la fluctuation des douleurs, la fatigabilité ainsi que la limitation de la tolérance à l'effort). Le pronostic était qualifié de chronique, avec la précision qu'une récupération complète et un retour à l'état antérieur semblait peu probable. Selon la recourante, l'expertise BK. \_\_\_\_\_ ne satisfait plus aux exigences de valeur probante, aux motifs qu'elle serait incomplète, fondée sur une approche réductrice et contredite par des éléments médicaux récents déterminants imposant de retenir une capacité de travail nettement réduite, incompatible avec la position de l'intimée. Le 16 avril 2026, maintenant ses conclusions, la recourante a produit un rapport d'expertise rhumatologique du 16 mars 2026 du Prof. DP. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie. Sur la base de sa consultation ambulatoire du 27 février 2026, l'expert a répondu aux questions adressées par Me Duc. La recourante fait valoir que le spécialiste de rang universitaire a mis en évidence un tableau clinique sévère associant douleurs chroniques intenses, déficit sensitivomoteur du membre inférieur gauche et limitations fonctionnelles majeures dans l'ensemble des activités de la vie quotidienne, pour en déduire une capacité de travail qui n'excède pas 40 % dans une activité strictement

adaptée, avec une perte de rendement supplémentaire d'au moins 30 %, ramenant la capacité effective à un niveau inférieur à 30 %. On extrait les réponses suivantes de ce rapport d'expertise rhumatologique : "1. Quel est le status ? Pour le status complet, nous vous laissons vous référer à l'« examen clinique » ci-dessus. Avant tout, l'examen met en évidence un déficit sensitivomoteur majeur du membre inférieur gauche avec troubles de la marche, comprenant avant tout: • une hypoesthésie étendue intéressant la face postérieure et latérale de la cuisse, la face latérale de la jambe ainsi que la face latérale et plantaire latérale du pied gauche ; • un déficit moteur proximal et distal significatif, prédominant à la hanche et au genou, avec des cotations allant de M2 à M3 au testing ciblé, mais prenant également le pied. 10J010

- 18 - Toutefois, la topographie sensitive et la répartition du déficit moteur ne correspondent pas de manière cohérente à un même dermatome. Les réflexes ostéotendineux sont conservés, vifs et symétriques, sans signe pyramidal associé. L'ensemble de ces éléments – discordance anatomique partielle, atteinte non systématisée et variabilité au testing – soulève la possibilité d'un trouble neurologique fonctionnel associé, venant se surajouter à un substrat organique lombaire chronique. À noter néanmoins que l'atteinte paraît assez similaire à celle décrite initialement en 2022. 2. Quels sont les diagnostics retenus ? • Lomboradiculalgies chroniques sévères persistantes du membre inférieur gauche post cure de hernie discale • Douleurs neuropathiques chroniques • Déficit fonctionnel du membre inférieur gauche sur très probable trouble neurologique fonctionnel Clairement, Madame B. \_\_\_\_\_ souffre de lombalgies chroniques, mécaniques, post opératoire, sans évidence pour une maladie inflammatoire, atteinte associée à un handicap sévère comme démontré par le score d'Oswestry à 64%. Les douleurs lombaires s'accompagnent d'une irradiation dans le membre inférieur gauche, avec des douleurs neuropathiques sévères, sans évidence pour une atteinte monoradiculaire séquellaire (ENMG normal), mais associées à un déficit moteur majeur suggestif d'un trouble fonctionnel associé. 3. D'un point de vue strictement médical, quelles sont les limitations fonctionnelles Mme B. \_\_\_\_\_ souffre de lomboradiculalgies chroniques mécaniques, ainsi que d'un déficit fonctionnel sévère, atteintes somatiques qui imposent les limitations suivantes : • Position assise prolongée limitée (nécessité d'alternance fréquente, pauses régulières). • Station debout prolongée limitée. • Intolérance aux positions statiques. • Marche limitée dans la durée et la distance. • Impossible de porter des charges (< 5 kg). • Difficultés aux mouvements répétitifs du rachis lombaire. • Flexion antérieure et rotations du tronc. • Montée/descente d'escaliers limitée. En plus des limitations susmentionnées, il faut tenir compte de : • Fatigabilité importante. • Risque de chute lié au déficit moteur gauche. • Troubles attentionnels secondaires à la douleur chronique et aux traitements. 4. Avez-vous pris connaissance de l'expertise réalisée en août 2024 par BK. \_\_\_\_\_ Sàrl (BK. \_\_\_\_\_) ? Oui, nous avons pu prendre connaissance de l'expertise réalisée en août 2024 qui nous a bien été transmise. 5. Vos observations cliniques diffèrent-elles de celles du Dr DD. \_\_\_\_\_, rhumatologue ? 10J010

- 19 - Oui, sur plusieurs points essentiels (cf ci-dessous), concernant principalement le status, les diagnostics et l'impact fonctionnel. 6. Le cas échéant, pourriez-vous détailler ces différences ? Lors de l'examen clinique réalisé dans le cadre de la présente évaluation, nous avons objectivé un déficit moteur majeur du membre inférieur gauche, intéressant à la fois les groupes musculaires proximaux et distaux, avec des cotations allant de M2 à M3 au testing musculaire ciblé, ainsi qu'une boiterie extrêmement marquée. Ce déficit apparaît cliniquement significatif et s'accompagne d'une fatigabilité rapide à l'effort. Il entraîne

notamment une instabilité à la marche et un risque accru de chute. Ce déficit n'est pas décrit dans l'expertise du Dr BL. \_\_\_\_\_, qui ne relève qu'un léger déficit à la flexion/extension du pied gauche. Cette différence est d'autant plus étonnante que les rapports de 2022 décrivaient déjà les mêmes déficits. En termes de diagnostic, le Dr BL. \_\_\_\_\_ retient un status post chirurgie lombaire, cure de hernie discale, et ensuite un status de déficit proximal du membre inférieur gauche et, finalement, un syndrome lombalgique avec déconditionnement global et focal par dysbalance musculaire. Ce choix de diagnostics minimise l'atteinte fonctionnelle et douloureuse. Madame B. \_\_\_\_\_ souffre d'un syndrome douloureux lombaire chronique invalidant associé à un handicap majeur. Cette atteinte intervient dans un contexte post chirurgical, mais le diagnostic principal n'est pas un antécédent de cure de hernie discale, mais bien une lomboradiculgie chronique avec douleurs et déficits du membre inférieur gauche. À noter aussi que le Dr BL. \_\_\_\_\_ a fait l'hypothèse d'une pathologie de hanche, pathologie exclue par l'IRM demandée par ses soins. De manière intéressante, cette hypothèse a été évoquée dans le cadre, à notre avis, de la méprise d'une faiblesse musculaire pour un clinostatisme, anomalie purement antalgique. Dans ce contexte, il a exclu une pathologie de hanche, mais n'a pas reconnu le déficit musculaire fonctionnel majeur du membre inférieur gauche comme tel, atteinte avec des répercussions fonctionnelles déterminantes. À noter que l'examen clinique est suggestif que cette atteinte fonctionnelle résulte, en partie du moins, d'un probable trouble neurologique fonctionnel associé, trouble fonctionnel dont la présence n'exclut pas l'existence d'un substrat organique lombaire chronique ni l'impact fonctionnel réel observé chez cette patiente, et qui devrait être idéalement validé et pris en charge par un centre spécialisé. Finalement, en raison de notre désaccord sur l'examen clinique et les diagnostics, nous ne pouvons nous accorder avec l'évaluation du handicap, des limitations fonctionnelles et d'incapacité qui en découle. Le Dr BL. \_\_\_\_\_ retient, pour son travail, principalement des limitations à titre préventif de port de charge et d'alternance de positions à sa convenance. Pour nous, il s'agit d'un défaut de reconnaissance de l'importance des douleurs et du déficit fonctionnel qui sont majeurs et clairement invalidants, comme en témoignent les 10J010

- 20 - indices et les capacités résiduelles démontrées dans le déroulement d'une journée typique. 7. De façon générale, quels sont les éléments sur lesquels vous êtes en désaccord avec l'expertise réalisée par le BK. \_\_\_\_\_ ? Nous nous positionnerons que sur le volet rhumatologique de l'expertise BK. \_\_\_\_\_, expertise rhumatologique réalisée par le Dr BL. \_\_\_\_\_. Une expertise médicale a le défaut inhérent de correspondre à une évaluation réalisée à un moment précis (temps T), sur une durée limitée de quelques heures avec, par définition, une photographie ponctuelle de l'état clinique du patient. Si elle permet d'apprécier la condition actuelle de celui-ci, elle ne saurait se substituer à une analyse longitudinale fondée sur le suivi médical régulier et doit donc également examiner et prendre en compte l'ensemble du dossier médical, y compris les rapports et évaluations antérieures des médecins traitants et spécialistes, afin de replacer la situation clinique dans son évolution au fil des années. Ce n'est que dans cette globalité qu'elle constitue une évaluation formelle permettant notamment d'apprécier la capacité de travail en tenant compte aussi bien des constatations actuelles que de l'historique médical documenté. Dès lors, il apparaît surprenant que, dans l'expertise réalisée chez cette patiente, les évaluations établies par le médecin orthopédiste, ainsi que par le spécialiste en antalgie, qui assurent son suivi, aient été si peu prises en considération. En particulier, leurs conclusions concernant une capacité de travail significativement réduite depuis l'intervention chirurgicale semblent

ne pas avoir été intégrées de manière approfondie dans l'analyse. Une telle omission interroge quant à la prise en compte globale et contextualisée de la situation médicale de la patiente, alors même que ces avis spécialisés, fondés sur un suivi régulier et prolongé, apportent un éclairage essentiel sur l'évolution fonctionnelle et les limitations persistantes depuis l'opération. Il convient aussi de relever la présence d'incohérences et d'erreurs dans le rapport de notre confrère suggérant un certain manque de soins dans la rédaction de son rapport. En effet, au point 4.5, il est fait mention d'une capacité de travail de 90 %, correspondant à un horaire de 7 heures 15 par jour (sur une base de plein temps). Or, au point 4.1, le même rapport indique une capacité de travail de 80 % depuis le 23 juillet 2022, alors que plus loin, il fait également état d'une capacité de travail de 100 % à partir d'août 2022, assortie d'une diminution de rendement de 10 %. Ces éléments apparaissent contradictoires et insuffisamment clarifiés dans leur articulation temporelle et conceptuelle. Une capacité de travail de 90 % n'est pas équivalente à une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de 10 %. Si ces deux configurations peuvent théoriquement aboutir à un volume de travail global comparable, elles ne sont ni médicalement ni juridiquement interchangeables. Elles n'ont notamment pas les mêmes implications en termes d'organisation du travail, de fatigabilité, de contraintes fonctionnelles et d'évaluation assurantielle. Il serait dès lors nécessaire de clarifier ces divergences, afin d'assurer la cohérence interne du rapport et la compréhension exacte de l'évolution de la capacité de travail de la patiente. Par exemple, au point 8 du rapport, l'expert retient à 10J010

- 21 - nouveau une incapacité de travail de 10 %, en lien notamment avec les troubles déficitaires proximaux du membre inférieur gauche et de lombalgies persistantes, mais il est précisé que ces atteintes justifieraient la nécessité de pauses supplémentaires. Toutefois, aucune mention n'est faite à ce moment d'une diminution du rendement, alors que la nécessité de pauses additionnelles durant le temps de travail entraîne, par définition, soit une réduction effective du temps productif, soit une baisse du rendement global. Ne pas préciser laquelle de ces modalités s'applique crée une ambiguïté supplémentaire et renforce l'impression de flou. Finalement, notre confrère mentionne que la patiente ne présenterait pas de critères en faveur d'un rhumatisme inflammatoire « selon les critères EULAR 2017 ». Si nous rejoignons notre collègue quant à l'absence d'argument en faveur d'un rhumatisme inflammatoire quelconque, nous devons préciser qu'il n'existe aucun critère de classification générique applicable aux rhumatismes inflammatoires dans leur ensemble, que l'utilisation de critères de classification n'a de sens que pour « valider » un diagnostic déjà posé, et que, par ailleurs, les seuls critères publiés en 2017 par l'EULAR concernent les myopathies inflammatoires idiopathiques. Nous nous étonnons donc de l'objectif de cette précision. Par contre, la mention de l'absence de signe de Waddelle et de points de fibromyalgie est importante. 8. Pouvez-vous pleinement partager à l'avis du Dr BL. \_\_\_\_\_, selon lequel l'expertisée présenterait une capacité de travail de 90 % dans toutes activités (y compris habituelles) avec capacité d'assumer une activité à raison de 7 heures 15/jour, sans perte de rendement ? Non, certainement pas. Au vu : • du déficit moteur objectivé, • de la limitation marquée des positions statiques, • de la nécessité de pauses fréquentes, • de la fatigabilité, • des douleurs chroniques neuropathiques, • de l'impact psychique sévère, • et, finalement des lombalgies chroniques sévères (Oswestry 64 %) Une capacité de 90 % sans perte de rendement ne paraît pas médicalement compatible avec le tableau clinique actuel. À souligner également que, comme noté précédemment, le Dr BL. \_\_\_\_\_ lui-même décrit la nécessité de pauses supplémentaires, soulignant au

minimum un rendement diminué ou un taux inférieur. 9. Au regard de vos observations, des diagnostics et des limitations fonctionnelles retenues, qu'elle est selon vous, la capacité de travail de l'expertisée dans toutes activités ? Dans une activité strictement adaptée, sédentaire, avec alternance libre des positions et sans contrainte de rendement : → Capacité de travail estimée à 40 % maximum. - Depuis quand ? Depuis la stabilisation post-opératoire, soit dès août 2022. - Pourriez-vous motiver votre appréciation ? 10J010

- 22 - La capacité de travail retenue tient compte de l'ensemble des constatations cliniques actuelles et de leur impact fonctionnel, chez une patiente avec des plaintes rapportées cohérentes et plausibles, comme le souligne d'ailleurs le Dr BL. \_\_\_\_\_ dans son expertise. La patiente présente notamment : • une lomboradiculalgie chronique sévère, • un déficit moteur objectivable majeur du membre inférieur gauche, • des douleurs neuropathiques chroniques persistantes, • une tolérance fortement limitée aux positions statiques prolongées, • ainsi que la nécessité de pauses régulières afin de gérer la symptomatologie douloureuse et la fatigue. Ces éléments entraînent une réduction significative de l'endurance fonctionnelle et imposent un rythme d'activité fragmenté, avec des interruptions fréquentes et une alternance régulière des positions. Même dans une activité sédentaire et adaptée, ces limitations restreignent la durée pendant laquelle une activité professionnelle peut être maintenue de manière efficace et tolérable. Par ailleurs, la chronicisation de la douleur, associée à un retentissement psychique notable et aux effets secondaires potentiels des traitements antalgiques, peut également influencer la capacité de concentration et la persistance dans la tâche sur une durée prolongée. Dans ce contexte, l'ensemble des limitations fonctionnelles observées nous conduit à estimer qu'une activité professionnelle adaptée ne peut être envisagée qu'à un taux maximal de 40 %, avec un rendement diminué, taux correspondant au niveau d'activité compatible avec les capacités résiduelles actuelles de la patiente. 10. Existe-t-il une perte de rendement sur une éventuelle capacité résiduelle de travail ? Oui, clairement. Même dans un poste strictement adapté, avec une activité à 40 %, la présence continue ne correspond pas à un rendement maximal. Le rendement est diminué en raison : • des pauses fréquentes, • de la lenteur d'exécution, • des douleurs fluctuantes, • de la fatigabilité cognitive liée à la douleur, • des effets secondaires médicamenteux. La perte de rendement est estimée à au moins 30 % sur la capacité résiduelle. 11. Quel est le pronostic ? Le pronostic est à notre avis fortement réservé. Nous nous accordons sur ce point avec le Dr DG. \_\_\_\_\_. Les chances de guérison sont infimes et les possibilités thérapeutiques ont été épuisées. Après près de 4 ans d'évolution, on retrouve les mêmes : • lomboradiculalgies chroniques, • déficit moteur persistant, • et douleurs neuropathiques chroniques installées, 10J010

- 23 - et, ce, avec • échec des traitements infiltratifs, • et chronicisation psychique. Une récupération quelconque apparaît donc hautement improbable, et au mieux on peut espérer une stabilisation. 12. Quelles sont les mesures thérapeutiques ? Nous nous accordons sur ce point avec le Dr DG. \_\_\_\_\_. Les chances de guérison sont infimes et les possibilités thérapeutiques ont été épuisées. À ce jour, il n'existe pas de traitement curatif de la symptomatologie présentée par la patiente. Celle-ci bénéficie déjà d'un suivi spécialisé au Centre de la douleur, où le traitement antalgique paraît optimisé. La mise en place d'un neurostimulateur médullaire est en cours de discussion, mais il est hautement improbable que cela modifie de manière significative la situation et la capacité de travail. La patiente bénéficie par ailleurs déjà d'une prise en charge multidisciplinaire spécialisée (physiothérapie, chiropractie, suivi psychologique, suivi chirurgical et prise en charge

antalgique), qui apparaît adaptée à la complexité de la situation. Au vu des éléments actuellement disponibles et de l'évolution prolongée de la symptomatologie malgré les traitements entrepris, aucune mesure thérapeutique ne permet à ce stade d'envisager une récupération ou une amélioration significative de la capacité fonctionnelle." Une audience de débats publics a eu lieu le 21 avril 2026, lors de laquelle la recourante représentée par son conseil a eu la possibilité de plaider la cause. En droit : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. a LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a 10J010

- 24 - LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité. 3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). 10J010

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

5.3 et les références citées ; TF 8C\_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1). b) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en 10J010

- 26 - considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3). d) Le tribunal peut accorder une pleine valeur 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 ; TF 8C\_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 précité consid. 6.1.2 et les références citées). 5. Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le 10J010

- 27 - caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4). De tels critères normatifs permettent également d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux ou la fibromyalgie (ATF 143 V 405 consid. 4.5.1). 6. En l'occurrence, l'office intimé a refusé d'allouer une rente d'invalidité, au motif qu'au terme du délai d'attente légal d'une année (le 26 avril 2023), le degré d'invalidité de la recourante était de 10 %, depuis le 1er août 2022 déjà. Cette décision se fonde sur les conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire (de rhumatologie et psychiatrie) du BK. \_\_\_\_\_ du 23 août 2024, lesquelles sont contestées par la recourante. 6.1 S'agissant de l'examen de la valeur probante du rapport d'expertise bidisciplinaire au dossier, il sied de relever en premier lieu que, d'un point de vue formel, ce rapport remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document (cf. consid. 4c supra). Les experts se sont entretenus les 4 et 5 juillet 2024 avec l'assurée. L'expert rhumatologue a examiné l'assurée le 4 juillet 2024 durant une heure et dix minutes. Le lendemain, l'experte psychiatre s'est entretenue durant une heure et trente minutes avec la recourante. Cette dernière estime que la durée des examens avec les deux experts était trop courte. C'est lieu de rappeler que le rôle de l'expert consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref en sorte que son travail ne s'arrête pas au stade de l'entretien, mais qu'il consiste également et avant tout en l'analyse des propos recueillis et du comportement observé (cf. TF 9C\_457/2021 du 13 avril 2022 consid. 6.2 et les arrêts cités). La durée de l'examen médical n'est pas en soi un critère permettant de remettre en question la valeur de son travail (TF 9C\_233/2024 du 27 juin 2024 consid. 5.3 et la référence ; TF 9C\_589/2013 du 2 mai 2014 consid. 5.2). 10J010

- 28 - Les experts ont eu accès au dossier médical complet qui a été résumé. S'ouvrant dans les deux disciplines examinées par une anamnèse, le rapport d'expertise décrit le contexte médical et asséurologique déterminant, examine les plaintes exprimées par l'assurée, relate le status avec également la description d'une journée-type, de même qu'il rend compte des observations cliniques. En outre, l'évaluation consensuelle, qui se base sur les pièces au dossier ainsi que sur les rapports et examens complémentaires, prend des conclusions motivées respectant les réquisits jurisprudentiels et répond aux questions de l'administration. 6.2 i) Sur le plan rhumatologique (expertise, pp. 17 - 32), l'expert BL. \_\_\_\_\_ pose les diagnostics de status post chirurgie lombaire, de cure de hernie discale le 12 mai 2022, de status de déficit proximal du membre inférieur gauche et de syndrome lombalgique avec déconditionnement global et focal, par dysbalance musculaire. Il n'y a pas de critères pour la fibromyalgie ni pour des rhumatismes inflammatoires. Ces diagnostics reposent sur un examen rhumatologique complet sur le plan clinique et sur la base d'IRM complémentaires de la jambe gauche et de la colonne lombaire de l'assurée réalisées les 16 et 19 juillet 2024 montrant une discopathie et une arthrose peu sévère, et l'absence de signe de coxarthrose, d'ostéonécrose aseptique, ou de conflit fémoroacétabulaire, ainsi qu'une tendinopathie non fissuraire des moyens et petits glutéaux des deux côtés sans bursite. L'expert note la persistance de troubles déficitaires proximaux du membre inférieur gauche et de douleurs lombaires, à savoir des constats similaires à ceux du médecin traitant, le Dr J. \_\_\_\_\_. Les limitations fonctionnelles sont, à titre

préventif, éviter le port de charge de plus de cinq kilos, alterner les positions assis/debout à sa convenance (pas plus d'une heure assise et pas plus d'une heure debout), éviter la marche sur des terrains accidentés, éviter les positions agenouillées et éviter de monter/descendre les échelles ou les échafaudages ; elles sont similaires à celles retenues par les médecins traitants. L'expert est d'avis que l'activité habituelle de bureautique chez D.\_\_\_\_\_ est adaptée, à raison de sept heures et quinze minutes par jour, et sans qu'il n'existe d'argument au dossier permettant de le contester. La capacité de travail résiduelle de l'assurée est de 90 %, soit 100 % tenant compte d'une baisse de rendement 10J010

- 29 - de 10 %, dès juillet 2022. Selon l'expert, cette évaluation est confirmée en raison du fait que la recourante a pu faire un trajet entre dix-huit et vingt heures de voiture pour se rendre en vacances au Portugal au mois d'août 2022. ii) Sur le plan psychiatrique (expertise, p. 33 s.), l'experte BM.\_\_\_\_\_ pose les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F43.21) et de syndrome douloureux somatoforme persistant. Elle retient par ailleurs des difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z 56). Elle motive ces diagnostics en indiquant que la douleur de l'assurée n'atteint pas l'intensité d'un sentiment de détresse, survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour en être la cause, ajoutant que l'assurée est en mesure de s'occuper de ses proches. Il n'y a pas de modification de la consommation de Co-Dafalgan chez l'assurée qui semble avoir arrêté les benzodiazépines (Seresta et Zoldorm), selon les analyses sanguines du jour. Il n'est pas retenu de comorbidité psychiatrique. Il est également relevé que la recourante reste en mesure de s'affirmer et se positionner, qu'elle est entourée sur le plan familial (vacances à l'étranger) et qu'elle ne présente pas de limitation uniforme dans la totalité des actes quotidiens de la vie, sans critère de gravité observé. Lors de son examen, l'experte constate des fonctions cognitives intactes (l'assurée est orientée aux quatre modes, elle a une mémoire des faits récents et anciens située dans la norme, elle est normo-vigile et présente un raisonnement ainsi qu'une intelligence dans la normale). Il n'est pas retrouvé de symptôme du registre dépressif, ni relevant de l'anxiété et de la dissociation. Sur le plan de la personnalité, il est relevé une légère démonstrativité peu crédible. L'examen psychiatrique est donc dans les normes. L'experte psychiatre mentionne l'absence d'un changement de la situation (absence de nouveau diagnostic) décrite par les médecins traitants depuis le mois de janvier 2024. Au jour de l'expertise, la situation est stable avec des éléments dépressifs n'atteignant pas le seuil d'intensité et de périodicité requis pour évoquer un épisode dépressif caractérisé chez l'assurée, dont la symptomatologie est essentiellement réactionnelle à la perte récente de son emploi. 10J010

- 30 - S'agissant du diagnostic d'un syndrome dépressif sévère sans symptômes psychotiques retenu par le psychiatre traitant, l'experte a pris le soin d'indiquer les raisons pour lesquelles elle s'écarte de l'avis de son confrère. Au jour de l'expertise, elle ne retrouve pas d'arguments en faveur d'idées suicidaires scénarisées chez l'assurée dont la douleur morale n'atteint pas le seuil d'un état dépressif caractérisé et qui ne présente pas de rupture de l'état antérieur. Elle a bénéficié d'un suivi par une psychologue au CHUV sur la période de mai 2022 à avril 2023 et l'état de santé est stable avec des symptômes variables d'un jour à l'autre. L'intéressée déclare elle-même être moins angoissée. L'experte psychiatre observe que les troubles décrits dans un rapport d'avril 2024 du psychiatre traitant, à savoir qu'il peut arriver à l'assurée d'oublier un rendez-vous car elle aurait une routine avec peu de contrainte et que de son propre aveu, elle organise peu de chose dans son quotidien, résultent de la

possibilité que l'intéressée maximise ses incapacités et qu'elle minimise ses capacités. Il n'existe aucun argument médical en faveur d'un état dépressif caractérisé mais uniquement des symptômes cohérents avec le diagnostic d'un trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée. L'experte psychiatre se prononce également sur les mesures de réadaptation professionnelle au dossier. Elle observe que malgré les adaptations du poste (fauteuil spécialisé au domicile et place de parc sur le lieu de travail), l'entraînement progressif entre les mois d'octobre 2023 et décembre 2023 n'a pas permis à l'assurée de réaliser un taux de travail à 40 % pour des motifs somatiques, selon le rapport au dossier. C'est dès lors à tort que la recourante fait valoir que l'experte psychiatre ne motiverait pas suffisamment son diagnostic et n'exposerait pas les motifs pour lesquels elle a écarté ceux posés par le psychiatre traitant. Il convient encore d'observer que les capacités fonctionnelles de la recourante ont été évaluées à la lumière des indicateurs jurisprudentiels (cf. consid. 5 supra). 10J010

- 31 - Concernant le degré de gravité fonctionnel du ou des troubles, l'experte psychiatre note une forme de désadaptation à des conditions professionnelles qui remontent au Covid, avec un poste de travail qui se déroulait en majorité en « home office » avant l'opération effectuée en mai 2022. Elle retient des ressources présentes chez l'assurée qui se dit qu'elle pourrait retravailler en cas de perte des indemnités à l'automne 2024. Quant au déroulement d'une journée-type, il en ressort qu'après son opération la recourante reste en mesure d'accomplir quelques activités ; le matin, elle marche dix minutes avec sa chienne qu'elle nourrit, puis elle déjeune et prend ses médicaments seule et effectue quelques courses quotidiennes au magasin, selon l'état du jour ; elle prépare le repas de midi qu'elle partage avec son mari ; elle effectue ses rendez-vous médicaux plutôt l'après-midi pour avoir le temps de se préparer ; elle entretient de nombreuses plantes sur son balcon, regarde son téléphone et la télévision pour s'occuper ; elle pratique également du vélo d'appartement et se rend également aux bains de temps en temps ; elle accomplit le ménage le plus simple à sa hauteur et effectue la lessive avec son époux. Elle a également pu voyager au Portugal en août 2022 en souhaitant s'y rendre à nouveau en 2024. S'agissant du traitement ou de la résistance au traitement, l'experte observe que le suivi psychiatrique est léger (l'assurée consulte son psychiatre à une fréquence de deux séances par mois d'une heure environ). Le traitement médicamenteux est inchangé depuis avril 2023 (Sertraline® 100 mg [un comprimé le matin], Zoldorm® [un comprimé le soir] et Seresta® si besoin). Il est noté une bonne compliance à la Sertraline alors que la négativité des benzodiazépines dans les urines suggère une absence de consommation des deux autres médicaments. Pour l'examen des ressources personnelles, l'experte se fonde sur la mini-CIF qui ne révèle aucune limitation de l'assurée pour l'adaptation aux règles et routines, la planification et structuration des tâches, l'usage de compétences spécifiques, la capacité de jugement et la prise de position, la capacité d'endurance, l'aptitude à s'affirmer/à établir des relations avec les autres/à évoluer au sein d'un groupe/entretenir des relations proches/à 10J010

- 32 - des activités spontanées et pour l'hygiène et les soins corporels. La limitation est peu prononcée s'agissant de la flexibilité et la capacité d'adaptation ainsi que de l'aptitude à se déplacer. S'agissant du contexte social, la recourante est mariée et mère de trois enfants. Elle bénéficie d'une excellente relation avec son mari qui prendrait soin d'elle, effectuant les repas du soir par exemple. Ses deux filles accomplissent pour l'une le repassage, pour l'autre le nettoyage de la salle de bain. La vie familiale est qualifiée d'organisée et routinière. L'intéressée possède également de la famille au Portugal. Au niveau de la cohérence,

l'experte indique que les symptômes et les pertes de fonctionnalité dont se plaint l'assurée sont cohérents et plausibles, en présence de l'intéressée qui n'est pas histrionique. Les résultats de l'examen clinique sont valides et compréhensibles pour la même raison. L'experte constate l'absence de limitation uniforme des activités dans tous les domaines comparables de la vie. L'analyse de l'ensemble de ces indicateurs jurisprudentiels corrobore l'absence de gravité et d'effet invalidant de l'atteinte à la santé psychique présentée par la recourante. 6.3 Contrairement à ce que soulève la recourante, les rapports médicaux antérieurs au rapport d'expertise bidisciplinaire du 23 août 2024 ont été pris en compte par les experts et ne permettent pas de douter de leurs conclusions. i) Sur le plan somatique, pour la période post-opératoire, le 11 septembre 2023 le Dr J. \_\_\_\_\_ a constaté qu'une IRM post-opératoire du 30 mars 2023 ne montrait pas de signe de récurrence, d'inflammation susceptible d'expliquer le symptôme de la recourante, ce qui rejoint l'avis de l'expert rhumatologue. La Dre BN. \_\_\_\_\_ a établi un rapport le 29 janvier 2024 qui est très peu étayé et aux termes duquel elle ne se prononce pas sur une capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée, si bien que cet avis n'est pas contributif. 10J010

- 33 - ii) Sur le plan psychiatrique, la recourante a débuté le 16 mai 2023 un suivi psychologique auprès du Centre de psychiatrie et psychothérapie C. \_\_\_\_\_, lors duquel le diagnostic incapacitant d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) est posé depuis le début de la prise en charge, sans que cela ne soit justifié au vu de symptômes légers constatés par le psychiatre traitant qui n'est au demeurant pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée, mais préconise une augmentation progressive du nombre d'heures de travail à mesure de la bonne évolution de l'état dépressif (rapport du 20 septembre 2023). Dans un rapport toujours peu étayé du 9 avril 2024, le psychiatre traitant confirme l'épisode dépressif sévère limitant la capacité de travail à 30 % en télétravail, alors qu'il indique à côté de chaque symptôme (à savoir, un épuisement psychique et physique, une anxiété, une symptomatologie dépressive et un trouble d'anxiété social) qu'ils sont de gravité légère, ce qui est clairement contradictoire. Dans un rapport du 16 avril 2024, le psychiatre maintient le diagnostic précité et une capacité de travail de 30 % en télétravail malgré une légère stabilité psychique de la recourante, surtout au niveau des symptômes anxio-dépressifs, celle-ci restant fragile par rapport à ses problèmes somatiques et sa situation financière délicate. Or au jour de l'expertise, l'évaluation effectuée sur la base de la mini-CIF ne révèle pourtant pas de limitations importantes chez l'assurée qui dispose de ressources à la fois personnelles et externes auprès des membres de sa famille en Suisse et à l'étranger. Ce rapport est à nouveau peu convaincant tant il présente des incohérences (cf. avis médical SMR du 5 juin 2024). iii) Les avis des médecins de l'assurée ont été appréciés de manière objective et conforme aux réquisits jurisprudentiels par les experts avant de parvenir à des conclusions divergentes quant aux effets de l'état de santé sur la capacité de travail. Un tel résultat ne signifie pas que les constatations des médecins traitants n'ont pas été prises en compte mais que l'évaluation est différente, ce qui est la manifestation de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4) et est dû à la nécessité pour 10J010

- 34 - procéder à une évaluation objective, tenant compte des limitations, des ressources, de la cohérence, etc., soit la nécessité d'une approche circonstanciée du cas, soit des éléments qui ne sont pas pris en compte par les médecins traitants. 6.4 La recourante soutient que les rapports médicaux produits après le rapport d'expertise bidisciplinaire du 23 août 2024

auraient dû être soumis aux experts, notamment en ce qu'ils font état de douleurs chroniques sévères, de troubles psychiques persistants, d'un ralentissement psychomoteur, de fatigabilité importante, de limitations fonctionnelles durables ainsi que d'un état dépressif sévère. Or ces rapports médicaux ont été soumis au SMR qui les a analysés et a estimé en substance qu'il n'y avait pas d'élément nouveau (cf. avis « Audition » du 2 avril 2025). Il a lui-même ainsi intégré ces rapports médicaux dans l'évaluation finale. i) Sur le plan somatique, il convient de relever que, dans un rapport du 3 février 2025, la Dre BN.\_\_\_\_\_ résume la situation et les traitements administrés, soit des éléments déjà connus des experts et conclut simplement à l'existence d'un mauvais pronostic concernant une capacité de travail de 100 % en raison des douleurs chroniques de la recourante. Or l'allégation de douleurs a dûment été prise en compte par les experts dans la mesure où elles sont corrélées à des observations médicales concluantes. Il ne s'agit pas d'un élément nouveau. Le 13 février 2025, le Dr J.\_\_\_\_\_ confirme que, du point de vue de la chirurgie spinale, les troubles ne sont pas objectivés sur la base d'imageries des 13 septembre 2022 et 30 mars 2023, sans signe de récurrence ni d'instabilité, et qu'il évalue la capacité de travail de la recourante comme relativement élevée. Quant au Dr CG.\_\_\_\_\_, il fait part de l'impossibilité de se prononcer sur les répercussions fonctionnelles et cliniques des éléments mis en évidence sur la base des examens d'imagerie au dossier, celles-ci nécessitant un examen clinique ne relevant pas du domaine de compétence des radiologues (rapport du 24 février 2025). 10J010

- 35 - ii) Sur le plan psychiatrique, dans un rapport du 12 février 2025, le Dr BB.\_\_\_\_\_ a réitéré le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) déjà écarté par l'experte et a ajouté celui de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) également retenu par l'experte. Il confirme une absence d'évolution de la capacité de travail résiduelle de sa patiente dans une activité adaptée, précisant qu'il lui est difficile de se prononcer sur un pourcentage de reprise d'une activité adaptée. Il met en avant une précarité financière qui constitue un traumatisme supplémentaire en soi. Interpellé par le conseil de la recourante sur un éventuel désaccord avec les conclusions de l'expertise (cf. question n° 8), il n'émet aucune critique mais se limite à constater simplement que les diagnostics et la capacité de travail ne concordent pas. Il s'agit donc toujours d'une appréciation divergente d'un même état de fait qui n'a pas évolué. iii) C'est en vain que la recourante critique le fait que l'intimé s'est appuyé sur les avis du Dr CF.\_\_\_\_\_ du SMR, alors que ce médecin ne dispose pas d'une spécialisation en psychiatrie. En effet, le SMR a été sollicité par l'intimé pour donner des avis médicaux, rapports qui 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. Dans ce contexte, les médecins du SMR n'ont pas besoin de compétences de spécialiste dès lors que les compétences dévolues au SMR consistent notamment à évaluer l'intégralité d'un dossier (TF 9C\_933/2012 du 16 avril 2023 consid. 4.2 ; TF 9C\_639/2018 du 3 décembre 2018 consid. 4.1). Un médecin, quelle que soit sa spécialisation, est en principe en mesure d'émettre un avis sur la cohérence d'un rapport d'un confrère (TF 9C\_233/2024 du 27 juin 2024 consid. 5.3 et les références citées ; TF 9C\_480/2023 du 16 octobre 2023 et les références citées). iv) Sur le vu de ce qui précède, il convient de relever que les rapports médicaux récents au dossier n'apportent ainsi pas d'éléments nouveaux permettant de douter des conclusions de l'expertise du BK.\_\_\_\_\_. 10J010

- 36 - 6.5 a) La requérante déplore une analyse superficielle de ses plaintes par les experts. Or, la capacité de travail est une question qui doit être évaluée en premier lieu par un médecin (ATF 140 V 193 consid. 3.2), dont le rôle est d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler, en se fondant sur des constatations médicales et objectives, soit des observations cliniques qui ne dépendent pas uniquement des déclarations de l'intéressé, mais sont confirmées par le résultat des examens cliniques et paracliniques (TF 8C\_98/2021 du 2 juillet 2021 consid. 4). En l'espèce, les experts ont procédé à cet examen objectif, en pleine connaissance des plaintes de la requérante. b) La requérante soutient que le potentiel de réinsertion sur le premier marché du travail a mal été apprécié par l'intimé qui n'a pas tenu compte des diverses évaluations au dossier (coaching, notes d'entretien, rapports d'ergonomie) mettant en évidence un rythme de vie désorganisé, une fatigue extrême, une prise de médicaments lourds, une incapacité à respecter une routine et des interactions sociales réduites. Elle fait valoir que la capacité de travail résiduelle dans l'activité habituelle au taux de 90 % retenue par les experts est en contradiction avec le déroulement de la réinsertion professionnelle qui s'est soldée par un échec. Elle se réfère en particulier au rapport final du 23 octobre 2025 de la CM. \_\_\_\_\_. Ce rapport conclut, au terme d'un stage comme opératrice à mi- temps chez CN. \_\_\_\_\_ du 18 août au 12 septembre 2025, que le rendement ne répond pas aux attentes du premier marché de l'emploi du fait des limitations fonctionnelles de la requérante. Or lors du stage en question, ces restrictions ont été fixées par la requérante elle-même et n'étaient pas confirmées par le corps médical, si bien que les conclusions du rapport final du 23 octobre 2025 de la CM. \_\_\_\_\_ ne sont pas pertinentes pour l'issue du litige. Les autres éléments, en particulier la forte fatigabilité et les douleurs, ont été évaluées médicalement par les experts avant de fixer la capacité de travail. C'est le lieu de rappeler que c'est la tâche du médecin de porter un jugement sur l'état de santé et d'indiquer dans quelle mesure 10J010

- 37 - et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 125 V 256 consid. 4 et les arrêts cités). C'est pourquoi les appréciations des médecins l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 9C\_605/2020 du 19 juillet 2021 consid. 5.4 ; TF 8C\_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2 et la référence). Or en l'espèce, les experts avaient connaissance de la situation d'échec vécue par la requérante au travers des diverses mesures dont elle a bénéficié de la part de l'intimé, ce qui n'a toutefois pas modifié leur appréciation de la capacité de travail résiduelle de 90 % dans l'activité habituelle adaptée à l'état de santé. c) Avec sa réplique du 6 octobre 2025, la requérante a produit un rapport d'IRM de la colonne lombaire effectuée le 17 septembre 2025 par le Dr CJ. \_\_\_\_\_, radiologue au CK. \_\_\_\_\_, en comparaison avec un examen du 19 juillet 2024. Cette IRM a été réalisée après la décision attaquée du 2 avril 2025 et constate une situation récente (une hernie discale L5-S1 paramédiane droite d'apparition récente susceptible d'entrer en conflit avec la racine S1 à son émergence, une discarthrose L3-L4 et L4- L5 avec fissures discales périphériques d'allure non conflictuelle et pas de sténose canalaire ou foraminale), au demeurant sans un rapport médical interprétant les éléments mis en évidence par cette nouvelle imagerie. Cette IRM ne peut donc pas être prise en compte. Avec son écriture du 6 octobre 2025, la requérante a également produit une décision du 23 septembre 2025 de la Caisse de chômage I. \_\_\_\_\_ retenant que celle-ci est en incapacité de travail dès le 28 août 2025, soit un élément qui se rapporte également à

une situation postérieure à la décision litigieuse. Un constat identique vaut pour les deux certificats médicaux des 29 août et 18 septembre 2025 du Centre de psychiatrie et psychothérapie C.\_\_\_\_\_ attestant d'une incapacité de travail totale de la 10J010

- 38 - recourante en raison de maladie pour la période du 29 août au 3 octobre 2025. Ces certificats ne comportent au demeurant pas de motivation. Conformément à la jurisprudence, le juge doit prendre en compte les faits survenus postérieurement à la décision administrative litigieuse dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation de la situation au moment où ladite décision a été prise (ATF 118 V 200 consid. 3a et les références citées ; TF 9C\_47/2022 consid. 5.1.2 ; TF 8C\_13/2022 du 29 septembre 2022 consid. 3.1.3 ; 9C\_47/2022 du 22 novembre 2022 consid. 5.1.2). En conséquence, des pièces ne peuvent être prises en compte en tant qu'elles se rapportent à l'évolution de l'état de santé de la recourante jusqu'à la notification de la décision litigieuse, ce qui n'est pas le cas en l'espèce des pièces précitées. La recourante a ensuite produit un rapport du 1er octobre 2025 du Dr BB.\_\_\_\_\_ qui mentionne que le diagnostic (d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques [F32.2]) est cohérent avec les éléments cliniques observés qu'il décrit brièvement (une symptomatologie dépressive marquée par une anhédonie, une baisse de l'élan vital, des troubles du sommeil et de la concentration). En raison de l'intensité des troubles psychiques, de leur chronicité et de leur impact fonctionnel, le psychiatre traitant estime la capacité de travail de la recourante comme étant nulle désormais. Le Dr BB.\_\_\_\_\_ n'apporte aucun élément médical nouveau à ceux figurant déjà dans ses précédents rapports au dossier et échoue à motiver ses conclusions. Il admet du reste que les limitations fonctionnelles sont accentuées par plusieurs facteurs contextuels qui contribuent à fragiliser les capacités d'adaptation et de mobilisation dans un contexte professionnel et qu'il relève (les douleurs somatiques chroniques lombalgies et céphalées ainsi que les traitements antalgiques interférant avec l'endurance physique et mentale ; l'absence de vie sociale constitue un facteur de vulnérabilité émotionnelle majeur, limitant les ressources d'adaptation ; la précarité financière et résidentielle agit également comme facteur de stress chronique, maintenant l'état de santé psychique dans une instabilité relative). 10J010

- 39 - Ces nouvelles pièces ont été soumises au SMR qui n'y voit aucun élément objectif nouveau qui aurait été ignoré par les experts ou qui serait survenu entre l'expertise et la décision attaquée d'avril 2025, avec la précision que ces documents ne permettent en outre pas d'orienter vers une aggravation significative de l'état de santé de la recourante (cf. avis SMR du 15 octobre 2025). d) La recourante soutient que l'experte psychiatre a tenu des propos déplacés en insistant sur la nécessité de reprendre une activité et de réintégrer le marché du travail sans égard pour ses limitations médicales. Cela remettrait en question son impartialité dès lors que de tels commentaires excèdent le rôle d'une expertise médicale. Pour ce qui est du ton méprisant qu'aurait adopté l'experte psychiatre envers l'assurée, force est de constater que la lecture attentive du rapport d'expertise du 23 août 2024 et de son volet psychiatrique en particulier, ne fournissent aucun indice dans ce sens, le ton étant à tous égards neutre et mesuré. Selon la jurisprudence, un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. L'appréciation de ces circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de la personne expertisée. La méfiance à l'égard de l'expert doit au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 143 IV 69 consid. 3.2 ; ATF 138 IV 142 consid.

2.1), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. e) Dans un dernier moyen, la recourante remet en cause la fiabilité du rapport d'expertise du "BEM" au motif que ce centre d'expertises médicales est statiquement défavorable aux assurés en comparaison de la moyenne nationale, ce qui justifie de s'en écarter. Or, l'expertise a été réalisée par le BK. \_\_\_\_\_. Cela étant, à l'appui de ce grief, la recourante n'avance aucun motif concret. Aucun élément du rapport d'expertise ou du dossier ne laisse entrevoir de raison de douter de la fiabilité du rapport d'expertise du 10J010

- 40 - BK. \_\_\_\_\_ qui doit être analysée de cas en cas de manière concrète, ce qui a été fait ci-dessus. Il apparaît que les experts se sont prononcés de manière motivée et détaillée en tenant compte de l'ensemble de la situation médicale, sans qu'il n'existe de motif de s'écarter des constatations et des conclusions de l'expertise bidisciplinaire du BK. \_\_\_\_\_.

7. a) La recourante allègue que certains éléments ont été minimisés (boiterie, perte d'endurance et instabilité). A l'appui de ses explications complémentaires des 16 et 17 avril 2026, elle a produit des rapports des 9 et 31 mars 2026 du Dr DB. \_\_\_\_\_, neurologue, ainsi qu'un rapport d'expertise rhumatologique du 16 mars 2026 du Prof. DP. \_\_\_\_\_. Elle soutient que cette expertise rhumatologique de rang universitaire, établie sur la base d'un examen clinique, met en évidence un tableau clinique sévère et persistant, caractérisé par d'importantes douleurs chroniques, par un déficit sensitivomoteur du membre inférieur gauche à topographie atypique, avec des limitations fonctionnelles pour la marche, une intolérance aux positions statiques, ainsi qu'un retentissement psychique secondaire à la chronicité des douleurs. Ainsi, le Prof. DP. \_\_\_\_\_ conclut à une capacité de travail résiduelle de 40 % au maximum dans une activité adaptée, avec une perte de rendement d'au moins 30 %, ceci depuis la stabilisation post-opératoire, soit dès le mois d'août 2022.

b) Le Prof. DP. \_\_\_\_\_ retient que la recourante souffre d'un déficit sensitivomoteur majeur du membre inférieur gauche avec troubles de la marche. Il retient les diagnostics de lomboradiculalgies chroniques sévères persistantes du membre inférieur gauche post cure de hernie discale, de douleurs neuropathiques chroniques et de déficit fonctionnel du membre inférieur gauche sur très probable trouble neurologique fonctionnel. Il indique toutefois que la topographie sensitive et la répartition du déficit moteur ne correspondent pas de manière cohérente à une même dermatome et que les réflexes ostéotendineux sont conservés, vifs et symétriques, sans signe pyramidal associé, mais il ne tient pas compte de ces incohérences dans l'évaluation de la gravité des troubles. Selon le Prof. DP. \_\_\_\_\_, une discordance anatomique partielle, une atteinte non systématisée et une variabilité au testing ressortant de son examen le conduisent à s'interroger sur la possibilité d'un trouble neurologique 10J010

- 41 - fonctionnel associé, venant se surajouter à un substrat organique lombaire chronique, sans évidence pour une maladie (rhumatisme) inflammatoire. Pour le reste l'examen ostéoarticulaire peu contributif a permis d'exclure d'autres pathologies en l'absence de synovite, de limitation fonctionnelle, de dactylite ou d'enthésite, si ce n'est un empâtement des métacarpo-phalangiens 1 à 3 des deux côtés avec une sensibilité des métacarpo-phalangiens 1 à 3 gauches. A noter également que les restrictions fonctionnelles listées à la page 11 du rapport du Prof. DP. \_\_\_\_\_ en lien avec les lomboradiculalgies chroniques mécaniques et le déficit fonctionnel sévère suspecté s'avèrent superposables aux limitations fonctionnelles retenues par les experts du BK. \_\_\_\_\_. Les limitations fonctionnelles ajoutées ne sont pas justifiées par une argumentation clinique (difficultés aux mouvements répétitifs du rachis lombaire alors que l'examen n'a pas mis en évidence de trouble statique

majeur), le Prof. DP. \_\_\_\_\_ se fiant à cet égard aux indices et capacités résiduelles démontrées dans le déroulement d'une journée typique, soit des éléments non objectivés. De son côté, le Dr DB. \_\_\_\_\_ retient que le tableau clinique s'inscrit dans un syndrome douloureux lomboradiculaire chronique post- chirurgical avec composante neuropathique et fonctionnelle (lombosciatalgie neuropathique chronique gauche post-chirurgicale [failed back surgery syndrome] avec composante de trouble neurologique fonctionnel moteur du membre inférieur gauche depuis la cure de hernie discale L3-L4 réalisée en mai 2022). Il n'envisage aucune investigation neurologique complémentaire, estimant que la prise en charge doit rester centrée sur le traitement de la douleur chronique et la réhabilitation fonctionnelle. Les limitations fonctionnelles retenues par le Dr DB. \_\_\_\_\_ sont également similaires à celles reconnues par les experts. S'agissant du diagnostic sans substrat organique évoqué par les Drs DP. \_\_\_\_\_ et DB. \_\_\_\_\_, sa répercussion sur la capacité de travail de la recourante devrait être analysée sur la base des mêmes indicateurs qu'en matière de troubles psychiques. Cet examen aboutirait à la même conclusion que pour le trouble psychiatrique vu plus haut. Au demeurant, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, ce qui importe pour 10J010

- 42 - juger du droit aux prestations dans le cadre de l'assurance-invalidité, ce n'est pas la dénomination diagnostique, mais uniquement les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF 9C\_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références citées). L'évocation du déficit moteur du membre inférieur gauche sur le trouble neurologique fonctionnel suspecté par l'expert rhumatologue, trouble retenu par le Dr DB. \_\_\_\_\_ n'implique pas, au vu des éléments précités, de retenir de nouvelles limitations fonctionnelles, et donc une incidence sur la capacité de travail résiduelle de la recourante plus conséquente que celle retenue par l'intimé dans la décision querellée. c) En tout état de cause, il apparaît que la recourante présente un état douloureux chronique, sans anomalie ostéo-articulaire ou neurologique susceptible d'expliquer l'intensité des plaintes ou d'évoquer une maladie spécifique. Dans ces conditions, il se justifie d'apprécier la situation à l'aune des indicateurs jurisprudentiels établis en matière de troubles sans substrat organique (cf. consid. 5 supra), ce qui a déjà été fait au consid. 6.2 supra. Ainsi, l'examen des différents indicateurs laisse apparaître que les atteintes à la santé sans substrat organique ne présentent pas un caractère suffisamment invalidant, qui empêcherait la recourante de travailler depuis août 2022 dans son activité habituelle de type administrative (l'indexation des factures auprès de D. \_\_\_\_\_ SA), spécifiquement au regard de la faible gravité des atteintes et de la présence de ressources conservées. 8. Il résulte de ce qui précède que les conclusions de l'expertise bidisciplinaire relatives à la capacité de travail – qui se monte à 90 % (soit 100 % avec une diminution de 10 % en raison du déficit proximal du membre inférieur gauche et du syndrome lombaire persistant justifiant des pauses supplémentaires) – sont convaincantes, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter, malgré les dernières pièces médicales produites. Tous les moyens de la recourante relatifs à l'évaluation de sa capacité de travail doivent être rejetés. L'OAI pouvait donc se fonder sur les conclusions du 10J010

- 43 - rapport d'expertise bidisciplinaire du BK. \_\_\_\_\_ du 23 août 2024, qui a pleine valeur probante, pour rendre sa décision refusant le droit à la rente compte tenu du taux d'invalidité de 10 % de la recourante largement inférieur au seuil de 40 % pour prétendre à une rente de l'assurance- invalidité. 9. Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête

formulée en ce sens par la recourante dans ses écritures – à savoir, la réalisation d'une expertise judiciaire indépendante – doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1; 130 II 425 consid. 2.1). 10. 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 l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis 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).

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