

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 avril 2017

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
Mme Dormond Béguelin et M. Küng, assesseurs  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.**\_\_\_\_\_, à N.\_\_\_\_\_, recourante, représentée par Fortuna, Compagnie  
d'Assurance de Protection Juridique SA, à Nyon,

et

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

---

**Art. 6, 7 al. 1 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 29<sup>ter</sup> RAI**

**E n f a i t :**

**A.** Née en 1971, M. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), directrice-gérante d'un restaurant, a présenté une incapacité complète de travail à compter du 26 juillet 2011. Dans un rapport du 17 août 2011 au médecin-conseil de F. \_\_\_\_\_ Assurances, assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur, le Dr P. \_\_\_\_\_, médecin traitant, a évoqué un « état dépressif réactionnel, avec apparition d'une asthénie intense depuis mars 2011, avec épuisement physique, perte du sommeil, perte de l'appétit, amaigrissement, perte de l'estime de soi, bouffées d'angoisse. »

Le 24 octobre 2011, l'employeur de l'assurée a résilié le contrat de travail avec effet au 31 décembre 2011.

En date du 7 mai 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé). Elle a fait état d'un burn-out existant depuis le 26 août 2011.

Le 15 mai 2012, l'office AI a demandé à l'assureur perte de gain de lui faire parvenir le relevé des indemnités journalières versées en faveur de l'assurée ainsi que le dossier médical constitué par ses soins.

Du dossier de F. \_\_\_\_\_ Assurances, il ressort que cette dernière a versé des indemnités journalières à l'assurée à 100% du 9 août 2011 au 31 mars 2012.

L'assureur perte de gain a confié au Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de procéder à l'expertise psychiatrique de l'assurée. Dans son rapport du 17 novembre 2011, complété le 1<sup>er</sup> décembre suivant, il a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive de gravité moyenne et personnalité avec des traits anxieux et dépendants, décompensée. S'agissant de la capacité de travail, il a

indiqué que, par suite d'une évolution lentement favorable, la reprise d'une activité professionnelle à temps partiel, voire à temps complet, était envisageable dès le début du mois de janvier 2012, sous réserve d'un avis contraire dûment motivé par le médecin traitant.

Le 24 mai 2012, l'ancien employeur de l'assurée a complété le questionnaire transmis par l'office AI et notamment indiqué que le dernier jour de travail effectif de l'assurée à son service était le 25 août 2011. S'agissant de l'activité exercée par l'intéressée, il a précisé qu'elle consistait « souvent » en des tâches de nature administrative, ce qui représentait 34 à 65% d'une journée de travail de 8 heures (soit de trois à cinq heures et quart) et « rarement » en du remplacement au service, ce qui ne représentait que 1 à 5% du temps (soit jusqu'à une demi-heure pour une journée de travail de huit heures).

Dans un rapport du 14 juin 2012 à l'intention de l'office AI, la Dresse S.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques. Elle a considéré que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle, la reprise d'une activité professionnelle adaptée étant toutefois envisageable moyennant un soutien spécialisé de l'assurance-invalidité afin que l'assurée retrouve confiance dans ses compétences professionnelles.

De son côté, le Dr P.\_\_\_\_\_ a posé dans un rapport du 3 juillet 2012 le diagnostic d'état anxio-dépressif réactionnel. Il a retenu une incapacité de travail complète à compter du 26 juillet 2011, la pathologie présentée ayant révélé une inadéquation entre la personnalité de l'assurée et ses fonctions de cadre dans l'hôtellerie. La reprise éventuelle d'une activité professionnelle devait être confirmée par la Dresse S.\_\_\_\_\_.

Le 3 août 2012, F.\_\_\_\_\_ Assurances a fait parvenir à l'office AI un complément d'expertise du 31 juillet précédent réalisé par le Dr H.\_\_\_\_\_. Celui-ci excluait tout diagnostic affectant la capacité de travail.

Il a expliqué que l'assurée était projective et revendicatrice et qu'elle avait quitté l'entretien après 25 minutes car elle ne se sentait pas comprise à sa juste mesure. S'agissant de la capacité de travail, il a estimé que la reprise d'une activité professionnelle était probable pour le début du mois d'avril 2012. Pour la suite, des motifs qui sortaient du champ médical, la personnalité singulière de l'intéressée peinant à accepter ses limites et à faire le deuil de ses ambitions narcissiques, ne justifiaient plus le maintien d'une incapacité de travail complète.

Du 8 août au 21 août 2012, l'assurée a séjourné à l'Hôpital psychiatrique A.\_\_\_\_\_ à la suite d'un double tentamen médicamenteux, motivé par une lettre de F.\_\_\_\_\_ Assurances lui annonçant l'arrêt du versement de ses prestations.

Dans une lettre du 22 août 2012 au médecin-conseil de F.\_\_\_\_\_ Assurances, adressée en copie à l'office AI, la Dresse S.\_\_\_\_\_ a fait part de son désaccord avec les conclusions formulées par le Dr H.\_\_\_\_\_ dans son complément d'expertise. Selon elle, la gravité de l'épisode dépressif avait été sous-estimée et les échecs professionnels antérieurs n'avaient pas été considérés à leur juste place. Ils avaient provoqué une profonde blessure et une remise en cause de ses compétences. Dans ces conditions, elle estimait qu'une évaluation auprès d'un autre expert s'imposait.

Dans une lettre à l'office AI du 9 avril 2013, l'assurée a indiqué qu'en plus de son état dépressif, elle présentait depuis le début du mois d'octobre 2012 des douleurs dorsales ayant motivé des examens. Ceux-ci avaient révélé l'existence d'une hernie discale avec perte de mobilité dans la jambe gauche.

Dans un rapport du 22 avril 2013, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, médecin auprès du Centre de la Douleur J.\_\_\_\_\_, a posé les diagnostics de hernie discale L5-S1 gauche luxée foraminale et de cervicarthrose C6-C7. Il a mentionné l'existence de deux opérations les 12 décembre 2012 et 17 avril 2013 sous forme de blocs facettaires L5-S1

gauche, puis bilatéraux, sous guidage radioscopique. Il a considéré sans autre motivation que la capacité de travail était alors nulle, relevant qu'il était trop tôt pour se prononcer sur son évolution, et a retenu diverses limitations à observer dans le cadre d'une activité adaptée (port de charges limité à 10 kg au maximum, position assise continue limitée à une heure, position debout statique limitée à une heure, changements de position fréquents souhaitables, pas de porte-à-faux et pas de rotations du bassin et des épaules).

En réponse à une demande de renseignements complémentaires du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), la Dresse S.\_\_\_\_\_ a indiqué en date du 12 juin 2013 que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1) ainsi que d'un trouble mixte de la personnalité, traits anxieux et dépendants (F 61). Elle a expliqué que, depuis le début du suivi instauré le 26 août 2011, elle pouvait attester d'une incapacité de travail totale d'un point de vue psychiatrique. Lorsque l'état psychologique de sa patiente permettait d'envisager une réadaptation professionnelle (fin 2012), elle avait alors présenté une hernie discale invalidante et les incapacités de travail avaient ainsi découlé de cette problématique physique. Depuis le 28 mai 2013, l'état psychologique était de nouveau responsable d'une incapacité de travail complète. Si la capacité de travail demeurait nulle dans la profession de restauratrice, l'incapacité était également totale dans une activité adaptée en raison d'une humeur dépressive avec manque d'élan vital, d'une tendance à fuir tout contact social, d'une sensibilité au stress et de difficultés relationnelles rendant la gestion d'une équipe impossible.

Egalement interpellé par l'office AI, le Dr P.\_\_\_\_\_ a, dans un rapport du 20 juin 2013, relevé trois pathologies incapacitantes présentées depuis quelques années par l'assurée : il s'agissait d'un état anxio-dépressif sévère avec troubles de la personnalité alors relativement bien équilibrés avec évolution favorable, de lombalgies chroniques avec lombosciatique et déficit sensitivomoteur sur hernie discale lombaire ainsi

que d'une cardiomyopathie accompagnée de divers troubles cardiaques. Sur question, il a précisé que la hernie discale entraînait un léger déficit moteur gauche, déficit sensitif bilatéral prédominant à gauche avec hypoesthésie et lourdeur du pied, persistance des lombalgies chroniques.

Le Dr P. \_\_\_\_\_ a joint diverses pièces médicales dont le protocole de l'opération du 17 avril 2013, un rapport du 2 mai 2013 faisant suite à une consultation cardiologique ainsi que le compte-rendu d'une consultation ambulatoire pratiquée le 15 février 2013 par le Prof. V. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie (rapport du 18 février 2013). Il y mentionnait l'infiltration péridurale réalisée par le Dr X. \_\_\_\_\_ à la mi-décembre 2012 sans réel soulagement constaté mais avec une légère aggravation de l'insensibilité. L'assurée a revu le Dr X. \_\_\_\_\_ à la mi-janvier 2013 pour ses troubles sensitifs associés à des douleurs plutôt sous-jacentes. Ce médecin a alors proposé une opération ou, à défaut, une nouvelle infiltration bilatérale. Ayant souhaité un deuxième avis, l'assurée s'est rendue chez le Prof. V. \_\_\_\_\_. Celui-ci a indiqué que le pire restait la perte de sensibilité du pied gauche avec l'impression que ce pied n'était pas valide, l'assurée portant d'ailleurs une petite attelle. Elle avait toujours des douleurs sciatiques, maximales à la marche mais qui ne semblaient pas du tout intolérables. Pour cette raison, la patiente ne prenait d'ailleurs ni anti-douleurs ni anti-inflammatoires. Elle présentait en revanche quelques douleurs dans le bas du dos, ce qui n'était pas le cas auparavant. Le Prof. V. \_\_\_\_\_ relevait la prise d'anti-dépresseurs en raison d'une dépression pré-existante. Il estimait en conclusion que les douleurs de type sciatique paraissaient minimales et que la patiente semblait avoir en grande partie récupéré sa faiblesse. Selon le Prof. V. \_\_\_\_\_, la profession exercée par la patiente était compatible avec une première poussée de sciatique à condition de moduler quelque peu les efforts.

Le 26 septembre 2013, l'assurée a fait l'objet d'une nouvelle intervention chirurgicale au Centre de la Douleur J. \_\_\_\_\_ en raison d'une hémilaminectomie L5-S1 gauche avec discectomie pour cure de hernie discale. Dans son rapport à l'intention de l'office AI du 10 février 2014, le

Dr X.\_\_\_\_\_ a indiqué que la capacité de travail de l'assurée était nulle. Il n'était toutefois pas en mesure de se prononcer sur l'exigibilité à long terme et n'a pas motivé son point de vue. Les limitations fonctionnelles étaient les mêmes que celles définies le 22 avril 2013, sous réserve du port de charges maximum désormais limité à 5 kg.

En réponse à de nouvelles questions du Dr K.\_\_\_\_\_, la Dresse S.\_\_\_\_\_ a, dans une lettre du 13 février 2014, posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère (F 32.2) ainsi que de trouble mixte de la personnalité, traits anxieux et dépendants (F 61). La psychiatre traitante a expliqué qu'après une période d'amélioration de la thymie durant l'automne [2013], sa patiente avait été à nouveau confrontée à un événement très déstabilisant. Après quelques semaines d'hospitalisation, son père était en effet décédé d'une leucémie aiguë en décembre 2013, ce qui avait conduit à une nouvelle aggravation de l'état psychologique de l'assurée en raison des dissensions familiales ravivées à cette occasion. Les idées suicidaires étaient alors réapparues, avec une tendance à l'isolement accompagnée d'une perte de poids et de nombreuses ruminations. En outre, le sommeil était perturbé tant par l'état psychologique que par les douleurs persistant malgré l'opération de hernie discale. Ayant estimé que le cas n'était pas stabilisé, elle a maintenu que l'assurée présentait une incapacité de travail complète et durable à compter du début du suivi, soit dès le 26 août 2011, non seulement dans son activité de gérante de restaurant mais également dans toute activité. Selon la psychiatre traitante, l'évolution n'était guère favorable et l'octroi d'une rente devait être désormais envisagé.

Examinant dans un avis médical du 28 avril 2014 les éléments médicaux recueillis, la Dresse Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin au SMR, a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et orthopédique afin de déterminer la capacité de travail médico-théorique de l'assurée ainsi que ses limitations fonctionnelles.

Le 2 juin 2014, le Dr X.\_\_\_\_\_ a pratiqué une nouvelle intervention chirurgicale sous la forme d'un bloc facettaire L5-S1 gauche sous guidage radioscopique en raison de lombalgies avec insuffisance segmentaire L5-S1 résistant au traitement conservateur, ayant motivé un arrêt de travail de trois jours à temps complet.

Dans son rapport d'expertise de chirurgie orthopédique du 2 juillet 2014, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de status post hernie discale L5/S1 gauche, diagnostic posé à l'imagerie par résonance magnétique du rachis lombaire du 18 octobre 2012 et celui de status post cure chirurgicale de hernie discale L5/S1 gauche le 26 septembre 2013 avec mise en place d'un implant intersomatique. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu un déconditionnement musculaire global et focal massif avec cachexie, un effacement de toutes les courbures rachidiennes et une surcharge mécanique transitoire des articulations sacro-iliaques. Débutant par une analyse des pièces médicales au dossier (pp. 2-5), le rapport comprend ensuite un rappel anamnestique incluant notamment les plaintes de l'assurée (pp. 5-7) puis rend compte du résultat des examens cliniques pratiqués (pp. 7-13). Sous l'intitulé « Appréciation du cas et pronostic », l'expert s'est exprimé en ces termes :

« L'assurée, binationale franco-suisse (24 août 2011), est âgée de 43 ans. Elle est titulaire d'un certificat de capacité professionnelle (français) de cuisinier et du certificat vaudois de capacité de cafetier restaurateur hôtelier pour établissement important. De 1989 à 2001, elle travaille en cuisine, puis dirige des établissements jusqu'en 2011. Elle vit en partenariat enregistré depuis le 23 août 2008, avec les deux enfants du partenaire. Elle est licenciée de son dernier emploi de directrice-gérante de restaurant au motif d'incompétence au 31 décembre 2011.

L'incapacité de travail au motif psychiatrique est totale depuis le 26 juillet 2011.

L'incapacité de travail au motif de hernie discale débute le 1<sup>er</sup> octobre 2012.

Une demande de prestations pour adultes est déposée auprès de l'Office le 4 mai 2012, au motif psychiatrique. La présente expertise étudie le problème rachidien.

### *De l'anamnèse du cas*

Une hernie discale gauche L5/S1 gauche est diagnostiquée en octobre 2012. L'assurée bénéficie alors d'une prise en charge médicale par voie orale et par infiltrations multiples. Les lombalgies apparaissent en février 2013. En février 2013, une amélioration transitoire se fait jour. L'assurée bénéficie de la cure de hernie discale L5/S1 gauche le 26 septembre 2013 avec mise en place d'un implant intersomatique (...). En février 2014, l'évolution radiologique est satisfaisante et clinique qualifiée de mauvaise.

### *De la situation actuelle*

Les plaintes de l'assurée :

Au jour de l'expertise, l'assurée ne prend aucun traitement antalgique. Elle se plaint « de douleurs du nerf sciatique » gauche sur lesquelles elle semble quelque peu enkystée à l'interrogatoire. Il s'y associe des difficultés au maintien de position, qu'elles soient statiques ou dynamiques.

L'examen clinique et paraclinique :

On est d'emblée frappé par l'état cachectique de l'assurée, marqué par un indice de masse corporelle de 17 kg cm<sup>2</sup> avec une fonte musculaire sortant de l'ordinaire. Le regard est fixe, avec réduction du battement palpébral, sur des yeux profondément enfoncés dans des orbites marquées par la fonte bilatérale de la boule de Bichat. Les courbures du rachis sont pratiquement absentes, caractérisant un dos plat majeur constitutionnel.

Les résultats d'examen clinique sont rassurants, en dehors de l'hypoesthésie diffuse et non systématisée du membre inférieur gauche. Il n'existe aucun signe de compression neurologique. La mobilité rachidienne est dans les limites de la norme. Les examens d'imagerie sont également rassurants. On a donc ici un déconditionnement physique global et focal majeur, origine à la fois des douleurs ressenties et des limitations mentionnées par l'assurée. Ce phénomène est ancien, car la dégénérescence musculaire était déjà présente sur la première imagerie réalisée en 2012. Elle est, de plus, aggravée par l'état post chirurgical et l'absence totale de rééducation. Il convient de débiter le plus rapidement possible un programme de reconditionnement physique avec l'aide d'un médecin nutritionniste et du médecin psychiatre traitant. A restitution de la masse musculaire normale, la symptomatologie actuelle doit disparaître, tout comme la surcharge mécanique douloureuse, modeste et temporaire, des articulations sacro-iliaques.

*Enumération des diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail*

On retient comme diagnostic entraînant des limitations fonctionnelles le status post cure de hernie discale L5/S1 avec pose d'un dispositif intersomatique.

Justification : il convient de protéger le montage chirurgical surtout dans le cadre d'un dos plat majeur.

Remarque : on ne retient pas la notion de déconditionnement musculaire avec cachexie dans le cadre fixé à cette expertise de l'appareil locomoteur. Il semble souhaitable de prendre avis sur l'origine mixte de cette perte de poids auprès du médecin psychiatre.

*Du pronostic*

Du point de vue rachidien, le pronostic est excellent. »

En réponse aux questions posées par l'office AI, l'expert a considéré qu'il existait une incapacité de travail de 20% au moins jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2014. Dès cette date, il estimait que la capacité de travail était pleine et entière tant dans la profession habituelle de directrice-gérante de restaurant que dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : soulever, porter, pousser, tirer de façon répétitive ou fréquente des charges de plus de 5 à 15 kg, effectuer des mouvements répétitifs ou fréquents de flexion, extension ou de torsion de la colonne lombaire, même de faible amplitude, monter fréquemment plusieurs escaliers ainsi que marcher en terrain accidenté ou glissant. S'agissant d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle, l'expert a indiqué qu'elles étaient envisageables sous la forme de mesures médicales, tel qu'un programme de renutrition avec un reconditionnement physique global et focal rachidien. L'arrêt du tabac était par ailleurs recommandé. Au vu de l'état clinique actuel, il était toutefois d'avis de prévoir un délai d'attente d'au moins six mois avant la mise en œuvre des mesures décrites.

Le 30 septembre 2014, F. \_\_\_\_\_ Assurances a fait parvenir à l'office AI une copie de l'expertise réalisée à sa demande par le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 15 décembre 2012, l'expert a posé les diagnostics de trouble de l'adaptation, à répétition, avec réaction dépressive prolongée, actuellement en rémission (F 43.21) et accentuation de certains traits de

personnalité (Z 73.1) puis s'est exprimé en ces termes en conclusion de son rapport :

« Nous rejoignons ici dans les grandes lignes l'expert précédent qui a constaté, en lien avec le premier arrêt de travail de 2011 un trouble de l'adaptation et qui était ensuite en voie d'amélioration. Dans l'intervalle, du printemps 2012 jusqu'à août 2012, l'assurée a développé un deuxième trouble de l'adaptation, celui-ci déclenché par d'autres facteurs circonstanciels. Il est clair que depuis 2011 un fond d'instabilité psycho-émotionnelle a persisté et qu'il s'agit de deux décompensations sur un fond commun. La gravité de la tentative de suicide ne contredit pas cette appréciation diagnostique. Vu l'ensemble de l'évolution et de nos observations nous n'avons pas retenu le diagnostic d'un état dépressif récurrent. En dehors des constats médico-psychiatriques, il y a, comme décrit, des éléments extra-médicaux, notamment déception, révolte, frustration et positionnement dans le sens de ne pas pouvoir imaginer la poursuite d'une activité professionnelle dans son domaine habituel. Comme argumenté, ceci appartient au choix personnel et n'est pas corrélé avec une incompatibilité entre état psychique et profession.

En ce qui concerne le déroulement de l'incapacité de travail, il est très difficile voire impossible de trancher rétroactivement. Néanmoins, vu l'évolution néfaste qui a couvé entre avril et août, nous proposons d'accepter celle-ci comme période d'incapacité de travail. Pour la période après l'hospitalisation, il y a clairement une amélioration qui s'est effectuée mais là aussi nous ne pouvons pas être précis. Selon les informations subjectives, il n'y a que récemment que les choses se sont améliorées. Vu le constat d'amélioration significative au mois de novembre 2012, nous proposons de retenir le moment de retour de l'expertise comme date d'une exigibilité d'une activité professionnelle.

Vu que nos réflexions et la pondération quant à cette situation se sont faites seulement après la prise de connaissance de tous les volets d'information, l'expert n'a donné aucune information à l'assurée concernant les diagnostics, les suites du dossier, les propositions thérapeutiques, le degré de l'incapacité de travail et le pronostic. »

En réponse aux questions posées par F. \_\_\_\_\_ Assurances, l'expert a considéré que la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité qu'il lui incombait de choisir. Elle ne souhaitait en revanche plus reprendre l'exercice de sa profession antérieure.

De son côté, l'office AI a demandé au Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, de procéder à l'expertise psychiatrique de l'assurée.

Dans son rapport du 15 octobre 2014, l'expert a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'épisodes récurrents de dépression réactionnelle, actuellement en rémission avec persistance de symptômes résiduels (F 33.4), existant depuis juillet 2011. Sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert a retenu une accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile (Z 73.1), existant depuis l'adolescence. Au terme d'une expertise comportant une analyse du dossier, l'exposé des données personnelles, familiales, subjectives et objectives relatives à l'assurée, l'expert a conclu son rapport comme suit :

« (...)

En septembre 2011, Mme M. \_\_\_\_\_ commence un 1<sup>er</sup> traitement psychiatrique et psychothérapeutique chez la Dresse S. \_\_\_\_\_ à Y. \_\_\_\_\_. Le 20.12.2011, la Dresse S. \_\_\_\_\_ décrit une évolution lentement favorable. Le 27 01.2012, elle constate une aggravation de l'état psychique dans un contexte de difficultés familiales ainsi qu'avec son ancien employeur, déclenchant une anxiété massive et des idées suicidaires. Le 15.11.2011, Mme M. \_\_\_\_\_ est examinée par le Dr H. \_\_\_\_\_ dans le cadre d'une expertise demandée par l'assurance perte de gain. Les diagnostics retenus sont un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive de gravité moyenne et une personnalité avec des traits anxieux et dépendants, décompensée, mais compatible avec une reprise de l'activité habituelle début janvier 2012. Le 01.03.2012, la Dresse S. \_\_\_\_\_ atteste la persistance d'une incapacité de travail totale, tout en constatant un état de santé compatible avec un séjour à l'étranger. Dans son rapport médical du 14.06.2012, la Dresse S. \_\_\_\_\_ retient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique et des difficultés liées à l'emploi justifiant toujours une incapacité de travail totale. A la demande de son assurance perte de gain, Mme M. \_\_\_\_\_ est à nouveau examinée par le Dr H. \_\_\_\_\_ le 18.06.2012 qui ne retient plus de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail en constatant un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive, de gravité légère à moyenne ainsi qu'un problème d'abus d'alcool.

Après une tentative de suicide du 06.08.2012, Mme M. \_\_\_\_\_ passe un 1<sup>er</sup> séjour à l'Hôpital psychiatrique A. \_\_\_\_\_ du 08.08 au 21.08.2012 à cause d'un épisode dépressif moyen ainsi que des lésions auto-infligées par sédatifs et par antidépresseur. Le 22.08.2012, la Dresse S. \_\_\_\_\_ décrit une dégradation ultérieure de l'état psychique de sa patiente avant de constater une fragilité psychique compatible avec une évaluation professionnelle à raison de 2 h par jour, 4 jours par semaine, le 13.09 2012. Dans le contexte d'un litige de Mme M. \_\_\_\_\_ avec son assurance perte de gain, cette dernière demande une 3<sup>ème</sup> expertise psychiatrique au Dr L. \_\_\_\_\_. En novembre 2012, ce spécialiste retient un trouble de l'adaptation, à répétition, avec réaction dépressive prolongée,

actuellement en rémission ainsi qu'une accentuation de traits de personnalité avec quelques éléments du registre psychonévrotique, défensif, d'immaturité et aussi émotionnellement labile compatible avec une reprise professionnelle de l'activité habituelle. Le 12.06.2013, la Dresse S.\_\_\_\_\_ retient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et un trouble de la personnalité avec des traits anxieux et dépendants, justifiant, selon elle, à nouveau une incapacité de travail à 100% dès le 28.05.2013 après une amélioration de l'état psychique fin 2012. Le 13.02.2014, la Dresse S.\_\_\_\_\_ décrit un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère et un trouble mixte de la personnalité avec des traits anxieux et dépendants justifiant, selon elle, toujours une incapacité de travail totale pour toute activité. En mai 2014, Mme M.\_\_\_\_\_ fait une 2<sup>ème</sup> tentative de suicide et passe un 2<sup>ème</sup> séjour à l'Hôpital psychiatrique A.\_\_\_\_\_ pendant 3 semaines. Puis elle suit un traitement ambulatoire au Centre d'Intervention O.\_\_\_\_\_ pendant 6 semaines avant de reprendre les consultations hebdomadaires chez la Dresse S.\_\_\_\_\_.

Étant donné l'évolution défavorable de l'état psychique de l'expertisée et des avis contradictoires entre le psychiatre traitant et 2 experts, l'Office AI demande la présente expertise afin de déterminer l'état de santé psychique, la capacité de travail médicothéorique et les limitations fonctionnelles de l'expertisée.

Situation actuelle :

Mon examen clinique psychiatrique n'a pas montré de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique, ni de trouble phobique. En l'absence d'une plainte spontanée et principale concernant des douleurs, je n'ai pas non plus objectivé de syndrome douloureux somatoforme persistant.

Depuis un épuisement nécessitant un arrêt maladie en juillet 2011, Mme M.\_\_\_\_\_ décrit la persistance d'une humeur fluctuante avec l'impression de se trouver dans une lutte perpétuelle et d'être un poids pour ses proches. Ayant marre de cette souffrance, elle décrit des idées noires et suicidaires récurrentes. Selon elle, cet état entraîne deux tentatives de suicide, dont la 1<sup>ère</sup> en août 2012, en réaction au constat de son aptitude au travail par l'assurance perte de gain, et une 2<sup>ème</sup> en avril 2014, à cause d'une suspicion d'infidélités et le deuil de son père décédé en janvier de la même année. Surtout pendant la 1<sup>ère</sup> partie de l'examen, elle décrit ainsi une souffrance dramatique, laissant penser à un épisode dépressif moyen ou sévère.

Contrairement à un tel état, Mme M.\_\_\_\_\_ ne montre pourtant pas de persistance d'un abaissement important de l'humeur, mais fait preuve de sa réactivité émotionnelle au cours de l'entretien. C'est ainsi qu'elle exprime d'une manière authentique son intérêt, par exemple pour certaines émissions de TV et des activités comme le bricolage, des rencontres avec des amis et des séjours chez sa mère en France. Elle se présente souriante par moments et participe activement à un examen de plus que 4 heures, sans signe de fatigue importante après des efforts minimes. Elle fait ainsi preuve de capacités contrastant avec sa plainte concernant une diminution de l'énergie. Cette observation correspond à sa capacité de s'occuper

d'une bonne partie des tâches ménagères, de gérer les finances du couple et de poursuivre des activités, comme des sorties avec un ami qu'elle accueille volontiers pendant la semaine précédant l'examen. Contrairement à sa plainte subjective, elle ne montre pas de diminution importante de la concentration et de l'attention, par exemple lors des tests cognitifs vers la fin de l'examen. Malgré des signes d'une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi depuis la perte de son rôle professionnel, elle n'exprime pas d'idée prédominante de culpabilité, mais se sent surtout victime d'injustices. C'est ainsi qu'elle se plaint de l'incompréhension de son ancien employeur, des assurances et des médecins ne reconnaissant pas son incapacité de travail. Malgré des difficultés à se projeter dans l'avenir, elle décrit également des projets positifs, comme l'idée d'un travail de factrice lui laissant un maximum d'autonomie. Ayant pris conscience de l'attachement à ses proches, elle prend une claire distance d'idées auto-agressives dans le passé et nie d'idée suicidaire actuelle. En l'absence d'une perturbation du sommeil depuis l'introduction de Trittico, selon le Dr L. \_\_\_\_\_ en novembre 2012, ou d'une diminution de l'appétit chez une expertisée décrivant un poids stable depuis une année, l'examen et l'anamnèse ne permettent plus de constater un épisode dépressif actuel.

Anamnestiquement, Mme M. \_\_\_\_\_ souffre pour la première fois de symptômes dépressifs motivant un traitement spécialisé, en septembre 2011. En novembre de la même année, le Dr H. \_\_\_\_\_ retient un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive de gravité moyenne, témoignant du caractère réactionnel des symptômes de l'expertisée. Comme c'est habituellement le cas, ces symptômes réactionnels montrent une évolution favorable permettant à Mme M. \_\_\_\_\_ de profiter d'un voyage de plusieurs semaines au printemps 2012. Incompatible avec la persistance de symptômes dépressifs importants, cet élément anamnestique contraste avec les symptômes décrits par la Dresse S. \_\_\_\_\_, qui semble se baser principalement sur les plaintes subjectives de l'expertisée. En juillet 2012, le Dr H. \_\_\_\_\_ constate une amélioration de ces symptômes, en retenant un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive de gravité légère à moyenne, qui est pourtant suivie par un épisode dépressif moyen, nécessitant une hospitalisation à l'Hôpital psychiatrique A. \_\_\_\_\_ en août 2012. Puis la Dresse S. \_\_\_\_\_ décrit toujours la persistance de symptômes dépressifs importants, contrastant pourtant avec les observations du Dr L. \_\_\_\_\_ lors de son examen en novembre 2012. Le Dr L. \_\_\_\_\_ constate l'absence d'un état dépressif prononcé et « une situation actuelle compensée », correspondant à la rémission de l'état dépressif. Selon lui, Mme M. \_\_\_\_\_ souffre d'un « aspect dépressif sous-jacent », dont les éléments objectivables contrastent avec les plaintes subjectives, comme en témoignent les critères basés sur les énoncés de l'expertisée dans l'évaluation avec l'échelle de MADRS.

Au cours de l'année 2013, l'état de Mme M. \_\_\_\_\_ est marqué par des problèmes de santé physique, selon la Dresse S. \_\_\_\_\_. Sans signe d'une décompensation psychique, Mme M. \_\_\_\_\_ affronte ces problèmes ainsi que des conflits familiaux. C'est ainsi qu'elle se soumet à l'opération d'une hernie discale en octobre 2013, avant d'accompagner son père gravement malade. Seulement en avril

2014, son anamnèse montre une nouvelle décompensation dépressive, en réaction à un conflit avec sa compagne et le deuil de son père, nécessitant un 2<sup>ème</sup> séjour à l'Hôpital psychiatrique A.\_\_\_\_\_. Dans ce contexte réactionnel, un passage à l'acte avec prise de médicaments ne justifie pas à lui seul le diagnostic d'un épisode dépressif sévère. Contrairement aux symptômes caractérisant un tel degré de sévérité, Mme M.\_\_\_\_\_ se montre calme et orientée aux quatre modes, en s'exprimant avec un discours clair et cohérent, pourtant centré sur la situation et le conflit de couple, mais sans trouble du cours de la pensée, lors de l'examen d'entrée. Depuis sa sortie de l'hôpital, elle fait preuve d'une reconstruction progressive de ses ressources d'adaptation lui permettant de faire face aux exigences de la vie quotidienne et de mener une vie autonome. Elle reprend une vie sociale active, dont témoignent les rencontres avec ses amis et un séjour en France pour soutenir sa mère, en s'occupant de la maison et du jardin de cette dernière, en juillet 2014. Restant capable de conduire sa voiture, entre autres pour se rendre en France avec un trajet de 480 km, elle poursuit des activités de loisirs. Par conséquent, son anamnèse permet d'exclure la persistance d'un épisode dépressif majeur. Depuis la fin de son traitement au Centre d'Intervention O.\_\_\_\_\_ au plus tard, les éléments objectivables ne dépassent plus le degré de sévérité de symptômes dépressifs résiduels, restant insuffisants pour retenir toujours un épisode dépressif majeur. En conséquence, Mme M.\_\_\_\_\_ souffre de 3 réactions dépressives, séparées par une rémission, en faveur des épisodes récurrents de dépression réactionnelle, actuellement en rémission.

Ces épisodes réactionnels s'inscrivent dans une structure de personnalité marquée par une labilité émotionnelle et une vulnérabilité pour des blessures narcissiques, d'une expertisée subissant des crises réactionnelles aux déceptions et situations vécues comme des rejets. Dans ce contexte, Mme M.\_\_\_\_\_ montre des moyens de défense immatures comme le déni, le clivage et l'idéalisation expliquant, par exemple sa tendance au surinvestissement professionnel suivi par des réactions abandonniques face aux conflits. Malgré cette structure de personnalité, elle fait également preuve de ressources d'adaptation lui permettant de terminer avec succès sa formation, avant de travailler dans différents contextes professionnels avec des engagements d'une durée de plusieurs années. En parallèle, elle affronte des ressentiments de son entourage, comme sa famille et belle famille, au sujet de son homosexualité, et s'engage dans des relations sentimentales stables et positives pendant des années. Comme également constaté par le Dr L.\_\_\_\_\_ et la Dresse S.\_\_\_\_\_, elle poursuit un parcours professionnel plutôt linéaire et ne montre pas de dysfonctionnement sévère se manifestant déjà à l'adolescence. Menant une vie sociale active dans un cadre psychosocial marqué par des relations proches et stables, Mme M.\_\_\_\_\_ ne montre pas des déviations extrêmes sur plusieurs niveaux de fonctionnement, comme demandé par la CIM-10 pour le diagnostic d'un trouble de la personnalité.

Cependant, ses particularités de comportement, notamment sa réaction aux situations vécues comme des échecs, correspondent à l'accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile, n'ayant pas de valeur de maladie. Cette accentuation de traits de

personnalité émotionnellement labile se trouve pourtant à l'origine de l'adoption d'un rôle de victime d'injustices depuis le conflit avec son employeur, prolongé par un litige avec ce dernier, puis avec son assurance perte de gain. Face à cette situation, Mme M.\_\_\_\_\_ met en avant un cortège de plaintes subjectives, contrastant avec les éléments objectivables de son anamnèse.

En conclusion, l'anamnèse de Mme M.\_\_\_\_\_ montre 3 réactions dépressives transitoires justifiant des incapacités de travail de juillet à décembre 2011, d'août à novembre 2012 ainsi que d'avril à juin 2014. Depuis la première expertise du Dr H.\_\_\_\_\_ en 2011, ces réactions dépressives ne permettent pas de constater une incapacité de travail dépassant les 4 mois entre l'hospitalisation à l'Hôpital psychiatrique A.\_\_\_\_\_ en août 2012 et l'examen du Dr L.\_\_\_\_\_ en novembre 2012 ainsi que 3 mois entre la 2<sup>ème</sup> hospitalisation en avril 2014 et le voyage de l'expertisée en juillet 2014. En dehors de ces crises, le refus de Mme M.\_\_\_\_\_ de reprendre son activité habituelle dans la gastronomie ne peut pas être justifié par une atteinte à la santé psychique, mais s'explique par son choix personnel. »

En réponse aux questions de l'office AI, l'expert a indiqué qu'en l'absence d'une maladie psychiatrique incapacitante, l'assurée ne présentait pas de limitations fonctionnelles durables au plan psychique, mental ou social. Sa capacité de travail était dès lors entière au plan psychique, sans diminution de rendement, dans n'importe quelle activité. A la question de savoir depuis quand au point de vue médical il y avait une incapacité de travail de 20% au moins, le Dr G.\_\_\_\_\_ a répondu en ces termes :

« L'anamnèse de Mme M.\_\_\_\_\_ montre 3 réactions dépressives transitoires justifiant des incapacités de travail de juillet à décembre 2011, d'août à novembre 2012 ainsi que d'avril à juin 2014. En dehors de ces crises, le refus de Mme M.\_\_\_\_\_ de reprendre son activité habituelle dans la gastronomie ne peut pas être justifié par une atteinte à la santé psychique, mais s'explique par son choix personnel et l'adoption d'un rôle de victime d'injustices. »

Le 18 novembre 2014, la Dresse Z.\_\_\_\_\_ s'est ralliée « aux conclusions des deux experts spécialistes, sous réserve d'une capacité de travail entière [tant dans la profession de] cadre (directrice-gérante) [que] dans une activité plutôt sédentaire, sans effort, respectant les limitations fonctionnelles et avec l'exigibilité d'une prise en charge rigoureuse et régulière du médecin psychiatre et spécialiste nutritionniste au moins pour 6 mois. »

Le 3 décembre 2014, l'office AI a informé l'assurée qu'il comptait lui refuser l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité sur la base des constatations suivantes :

« Directrice-gérante d'un restaurant, vous avez présenté une incapacité de travail dès le mois de juillet 2011 (début du délai d'attente d'une année), été indemnisée par F. \_\_\_\_\_ Assurances et finalement votre contrat de travail a été résilié pour fin 2011.

De nombreuses investigations médicales ont été entreprises, tant sur le plan somatique que psychiatrique, et notamment une expertise bi-disciplinaire (orthopédie et psychiatrie), mandatée par nos soins en 2014.

Le Service médical régional AI (SMR), que nous avons consulté, nous confirme que l'expertise est complète, approfondie et convaincante. Il en ressort que les épisodes dépressifs récurrents que vous présentez depuis juillet 2011 ne justifient pas une incapacité de travail continue ni durable (soit du 26 juillet 2011 au 31 décembre 2011, puis d'août 2012 à février 2013, puis de septembre 2013 au 31 décembre 2013, puis d'avril 2014 à fin juin 2014).

Sur le plan somatique, votre capacité de travail est entière dans toute activité respectueuse des limitations fonctionnelles consécutives à la cure de hernie pratiquée en 2013 (épargne de la colonne lombaire).

Chaque période d'incapacité de travail objectivable est donc d'une durée inférieure à 12 mois (durée du délai de carence), en alternance avec les périodes d'interruption notable (de plus de 30 jours).

En résumé, dès juillet 2014 au plus tard, rien ne s'oppose à la mise en valeur de votre pleine capacité de travail et de gain, et ce dans toute activité de votre domaine de compétences, y compris votre ancienne activité de directrice-gérante.

Notre intervention sous l'angle de la réadaptation professionnelle est donc sans objet et en l'absence d'invalidité, il n'y a pas de droit à d'éventuelles prestations financières de notre assurance.

**Notre décision est par conséquent la suivante :**

La demande est rejetée. »

Le 16 décembre 2014, l'assurée a présenté des objections à l'encontre de ce projet. Elle a fait valoir que, contrairement à ce que prétendait l'administration, son incapacité de travail était continue et durable. En outre, elle s'estimait incapable de reprendre son ancienne activité professionnelle, tant sur le plan physique que psychique.

Le 9 janvier 2015, la Dresse S. \_\_\_\_\_ a informé l'office AI que sa patiente avait de nouveau été hospitalisée à l'Hôpital psychiatrique A. \_\_\_\_\_ en octobre 2014, dans le cadre d'un épisode de dépression sévère avec trouble dépressif récurrent. Elle se disait en outre convaincue que l'intéressée ne pouvait reprendre l'exercice d'une activité aussi stressante que celle qui était la sienne dans le secteur de la restauration et qu'un changement d'orientation professionnelle demeurait indiqué.

Dans un rapport du 4 février 2015 à l'office AI, les Drs T. \_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint, et F.F. \_\_\_\_\_, médecin assistante, ont indiqué que l'assurée avait séjourné à l'Hôpital psychiatrique A. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> octobre au 6 octobre 2014 sur un mode volontaire pour mise à l'abri d'idées suicidaires. Durant l'hospitalisation, la symptomatologie s'était améliorée avec l'amendement de l'idéation suicidaire et la diminution de l'angoisse. Les médecins prénommés ont posé le diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 33.2). Le diagnostic secondaire était celui de personnalité émotionnellement labile, type borderline (F 60.31).

Le 5 mars 2015, la Dresse S. \_\_\_\_\_ a répondu en ces termes aux questions posées par l'office AI :

**« 1. Quelle est l'évolution psychique de notre assurée/status actuel détaillé ?**

Depuis le début de l'année 2015, l'évolution est plutôt favorable, la thymie s'est améliorée et la patiente s'est inscrite au chômage à 60% dès mars 2015. Elle arrive peu à peu à se projeter dans l'avenir, est aidée par une prise en charge ergothérapeutique afin de reprendre peu à peu confiance dans ses capacités. L'évocation d'une reprise d'activité dans le domaine de la restauration l'angoisse encore très fortement. Elle envisage plus actuellement une activité comme formatrice d'adulte ou maître socioprofessionnel et fait des recherches dans ce sens. Elle reste très sensible au stress, raison pour laquelle nous envisageons une activité à taux réduit et dans une activité moins stressante que la restauration. Pour le reste, elle est asymptotique, hormis une fatigabilité et cette sensibilité au stress.

**2. Quelles sont les limitations fonctionnelles (psychiatriques) exactes ?**

Diminution de la tolérance au stress, fatigabilité, perte de confiance en ses capacités.

**3. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle d'employée gérante dans un restaurant ? Depuis quand ?**

A mon sens, dans une activité aussi stressante et à responsabilités que celle-là, l'incapacité est totale et ceci depuis l'été 2011.

**4. Si elle n'est pas entière, pourrait-elle l'être dans une autre activité, médicalement adaptée ? A quel taux et depuis quand ?**

Dans une activité moins stressante avec moins de responsabilités, une activité à 60% pourrait être exigible depuis le 1<sup>er</sup> mars 2015.

**5. Si cela n'est pas le cas, pour quelles raisons exactes ?**

Question sans objet.

**6. Quelle est la périodicité de vos consultations ?**

D'une fois par semaine dans les périodes les plus difficiles, les consultations se sont espacées actuellement à une fois chaque deux, voire trois semaines.

**7. Traitement en cours/compliance au traitement ?**

Il s'agit d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré associant des entretiens médicaux et un traitement médicamenteux, à savoir de la Venlafaxine 225 mg par jour, Trittico 200 mg par jour ainsi qu'une prise en charge ergothérapeutique à raison d'une fois par semaine.

**8. Autres remarques :**

Il serait vraiment judicieux que cette patiente puisse être soutenue dans un processus de reconversion professionnelle. Pour l'heure, une reprise d'activité à 60% est envisagée, mais il n'est pas exclu qu'elle puisse recouvrer progressivement une capacité de travail plus importante, si cela se fait dans une activité adaptée, c'est-à-dire avec un stress limité et avec moins de responsabilité que dans l'activité précédente. »

Analysant les rapports médicaux recueillis en procédure d'audition, la Dresse Z.\_\_\_\_\_ a écrit ce qui suit dans un avis médical du 23 mars 2015 :

« (...)

L'assurée conteste cette expertise psychiatrique [celle du Dr G.\_\_\_\_\_, réd.] et les conclusions du rapport SMR du 18.11.2014 avec l'appui d'un rapport médical signé par la Dresse S.\_\_\_\_\_, qui soutient une incapacité de travail à 100% depuis juillet 2011 et « une nouvelle hospitalisation a été nécessaire en octobre 2014 ».

Une nouvelle hospitalisation après l'expertise psychiatrique du Dr G.\_\_\_\_\_ (15.09.2014), du 01.10.2014 au 06.10.2014 « volontaire » avec le diagnostic retenu de trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 33.2) et personnalité émotionnellement labile type borderline (F 60.31), Dr T.\_\_\_\_\_,

chef de clinique adjoint, rapport médical du 31.10.2014). L'examen clinique d'entrée atteste « une patiente, calme, collaborante, partageant bien le focus d'attention, thymie triste, discours cohérent, structuré, pas de trouble du cours de la pensée, description d'une aboulie, anhédonie et d'un sentiment d'épuisement ; pas d'idéation suicidaire au moment de l'entretien ». L'assurée demande sa sortie de l'hôpital durant le week-end suite à l'annonce du fait qu'elle doit changer de chambre seule en chambre double et on retient « elle a réussi à se reposer durant cette hospitalisation, mais elle repart avec des émotions fortes qu'elle n'a pas réussi à extérioriser comme elle l'aurait souhaité, surtout un sentiment important de tristesse. »

La Dresse S.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 05.03.2015, note une amélioration depuis le début de l'année, une évolution plutôt favorable, la thymie est améliorée et « la patiente s'est inscrite au chômage à 60% dès mars 2015 », en retenant comme limitations fonctionnelles une diminution de la tolérance au stress, fatigabilité, perte de confiance en ses capacités ; dans une activité adaptée, moins stressante avec moins de responsabilités, une activité à 60% pourrait être exigible depuis le 1<sup>er</sup> mars 2015 (rapport médical du 05.03.2015).

D'autre part, le service du chômage atteste une inscription à 100% dès le 2 mars 2015.

Après une lecture attentive des documents à disposition, on note quelques discordances entre le diagnostic retenu par l'Hôpital psychiatrique A.\_\_\_\_\_, épisode dépressif sévère dans le contexte où l'hospitalisation est de courte durée (5 jours), une hospitalisation volontaire durant laquelle la symptomatologie s'est améliorée avec diminution de l'angoisse et de l'idéation suicidaire. D'autre part, l'examen clinique n'apportait pas d'éléments nouveaux par rapport à l'expertise psychiatrique effectuée par le Dr G.\_\_\_\_\_; Dresse S.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, retient une capacité de travail à 60% depuis mars 2015 dans un poste sans responsabilités et sans stress, tandis que l'assurée parle dans son courrier du 14 février 2015 d'une éventuelle capacité de travail à 60% dans 4 mois, mais l'inscription au chômage est à 100% dès le 1<sup>er</sup> mars 2015.

En résumé, vu les interprétations différentes de la même situation clinique, l'absence d'éléments nouveaux pour justifier une aggravation sur le plan psychologique, nous n'avons pas de raison de nous écarter des conclusions du Dr G.\_\_\_\_\_ qui retient une capacité de travail à 100% dès juillet 2014, dans une activité adaptée sans responsabilités, sans stress, sans surcharge de travail, sauf la courte période d'hospitalisation. »

Par décision du 25 mars 2015, l'office AI a entériné son refus de toutes prestations avec une motivation identique à celle contenue dans son préavis du 3 décembre 2014. Une lettre datée du même jour prenait position sur les objections soulevées par l'assurée.

**B.** Par acte du 8 mai 2015, M.\_\_\_\_\_ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre cette décision dont elle a demandé avec suite de frais et dépens l'annulation. Elle a conclu au renvoi de la cause à l'office AI pour qu'il lui reconnaisse le droit à une demi-rente d'invalidité ou à des mesures d'ordre professionnel. Elle a pour l'essentiel fait valoir que ses atteintes à la santé physique et psychique faisaient obstacle à la mise en valeur d'une capacité de travail de 100% si bien qu'il convenait d'admettre l'existence d'un lien de causalité adéquat entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain. Ayant relevé qu'elle avait été incapable de travailler depuis le mois de juillet 2011 jusqu'au 28 février 2015, elle a rappelé avoir été indemnisée par l'assurance perte de gain en cas de maladie pour une incapacité de travail complète de juillet 2011 à novembre 2012. Elle a également signalé s'être annoncée à l'assurance-chômage en mars 2015 pour un taux d'occupation de 60% alors qu'elle avait auparavant toujours été occupée à plein temps. Pour ces motifs, elle estimait que les appréciations des Drs G.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ étaient dénuées de pertinence et devaient par conséquent être écartées. Elle a annoncé la production de rapports des Drs X.\_\_\_\_\_, U.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_.

Le 17 août 2015, la recourante a produit les documents médicaux suivants :

- un rapport médical du 9 mars 2015 du Dr U.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et réadaptation physique,
- un rapport médical du 11 mai 2015 du Dr U.\_\_\_\_\_,
- un rapport médical du 4 juin 2015 du Dr P.\_\_\_\_\_,
- une copie du contrat de travail du 16 juin 2015 conclu entre elle-même et l'institution spécialisée pour personnes handicapées A.A.\_\_\_\_\_,
- un certificat médical du 2 juillet 2015 du Dr U.\_\_\_\_\_,
- un rapport médical du 12 août 2015 des Drs B.B.\_\_\_\_\_ et C.C.\_\_\_\_\_, respectivement médecin adjoint et cheffe de clinique au Département des services de chirurgie et d'anesthésiologie de l'Hôpital D.D.\_\_\_\_\_.

La recourante a souligné que ces documents montraient qu'elle souffrait de troubles physiques très limitants, nécessitant un traitement régulier (antalgique, anti-inflammatoire et de physiothérapie) afin de soulager les douleurs. A cela s'ajoutaient des troubles psychiques également incapacitants. Ces affections interdisaient selon elle la reprise de son ancienne activité professionnelle dans la restauration tout en relevant que seule une activité adaptée lui était accessible. A cet égard, elle a indiqué avoir commencé le 17 août 2015 un stage de maîtresse socio-professionnelle auprès de l'Institution A.A. \_\_\_\_\_ au taux de 60%, ce qui démontrait sa volonté de reprendre l'exercice d'une activité professionnelle compatible avec ses limitations sur les plans physique et psychique. Elle a réitéré sa conclusion tendant à l'annulation de la décision litigieuse.

Dans sa réponse du 28 septembre 2015, l'office AI a relevé que son appréciation se fondait sur une instruction complète, tant du point de vue psychiatrique qu'orthopédique. Sous l'angle psychique, il a rappelé que l'examen du Dr G. \_\_\_\_\_ avait mis en évidence trois réactions dépressives transitoires justifiant des incapacités de travail de juillet à décembre 2011, d'août à décembre 2012 ainsi que d'avril à juin 2014. Le fait de refuser de reprendre l'exercice d'une profession dans le domaine de la restauration s'expliquait davantage par un choix personnel. Si la structure de la personnalité était marquée par une labilité émotionnelle et une vulnérabilité pour des blessures narcissiques subies, il n'en demeurait pas moins que l'assurée disposait de ressources d'adaptation lui ayant permis de poursuivre un parcours professionnel et de mener une vie sociale sans dysfonctionnement particulier. S'agissant de l'aspect rachidien, l'intimé a souligné que le Dr C. \_\_\_\_\_ émettait un pronostic excellent, retenant une incapacité de travail de 20% dès le 26 septembre 2013 puis une capacité de travail complète dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014 dans l'activité habituelle respectant les limitations fonctionnelles. L'intimé a joint à son écriture un avis médical de son SMR du 8 septembre 2015 sous la plume de la Dresse Z. \_\_\_\_\_, qui s'exprime comme suit au sujet des pièces produites par la recourante :

« **Sur le plan orthopédique/rhumatologique :**

- Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste neurochirurgien : « malgré une évolution radiologique satisfaisante, l'évolution clinique est mauvaise » après la cure de hernie discale L5-S1 G du 26 septembre 2013 (RM du 10 février 2014) ;
- Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste du rachis (expertise orthopédique du 4 juillet 2014) mentionne à l'examen clinique : « il existe une mobilité normale de l'ensemble du rachis avec des douleurs apparaissant en fin de mouvements, en l'absence de tout traitement antalgique ; il n'existe aucun signe de compression neurologique ; les insuffisances de tenue de position statique et dynamique sont clairement expliquées par le déconditionnement physique considérable, global et focal (...) ;
- Dr U.\_\_\_\_\_, spécialiste en réadaptation/orthopédie, évoque les mêmes diagnostics dans les trois rapports (le 9 mars 2015, le 11 mai 2015 et le 2 juillet 2015) et confirme les conclusions de l'expert orthopédiste, des douleurs chroniques dans le cadre d'un déconditionnement physique et psychique et posture de hernie, il n'y a pas d'atteinte neurologique, aucun élément nouveau et probant pour un éventuel épisode aigu/récidivant ou aggravation de l'atteinte rachidienne ;
- l'assurée est prise en charge au Centre médical E.E.\_\_\_\_\_ pour la physiothérapie en juillet-août 2014 et « sans grands changements sur les douleurs » ; la symptomatologie douloureuse peut en partie s'expliquer par un syndrome inflammatoire cicatriciel résiduel » ; quant à l'IRM lombaire du 3 juin 2015, Dr U.\_\_\_\_\_ retient « une petite hernie L5-S1 sans conflit radiculaire, donc pas d'aggravation ou récurrence en comparaison avec l'IRM lombaire du 4 juin 2013 ;
- Dr P.\_\_\_\_\_, médecin traitant, n'a pas revu sa patiente depuis sa prise en charge au Centre médical E.E.\_\_\_\_\_, sans préciser de date (courrier du 4 juin 2015) ; selon Dr U.\_\_\_\_\_, cette prise en charge a eu lieu en juillet-août 2014 pour la physiothérapie ;
- Dr B.B.\_\_\_\_\_ et Dresse C.C.\_\_\_\_\_ (Centre d'Antalgie/Anesthésiologie/Hôpital D.D.\_\_\_\_\_) ont vu pour la première fois l'intéressée le 3 août 2015 et postérieure à la décision OAI du 25 mars 2015.

**Sur le plan psychiatrique**, le Dr P.\_\_\_\_\_ mentionne un état anxieux-dépressif existant [en] 2015 et un état dépressif réactionnel sévère en mars 2011 (éléments pris en considération lors d'expertises psychiatriques susmentionnées), mais aucune mention sur l'évolution, la gravité selon CIM-10, éventuel monitoring thérapeutique. La Dresse S.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant (le 5 mars 2015), n'apporte pas d'éléments nouveaux par rapport à l'expertise psychiatrique du Dr G.\_\_\_\_\_ ; notre Consoeur retient une capacité de travail à 60% depuis mars 2015, tandis que l'assurée écrit dans son courrier du 14 février 2015 « éventuelle CT à 60% dans 4 mois » ; l'inscription au chômage est attestée dès le 1<sup>er</sup> mars 2015 (« la Caisse de chômage confirme l'inscription à 100% dès mars 2015 ») (...).

Au final, rien de bien nouveau avec les derniers courriers mis à disposition par l'intéressée, en l'absence d'éléments cliniques objectifs, nouveaux et probants, pour justifier un changement de son

état de santé, nous en restons aux considérations antérieures sans changement de position, les Dr C.\_\_\_\_\_ et Dr G.\_\_\_\_\_ n'ont rien ignoré qui mette en doute leurs conclusions ».

Se ralliant à ce point de vue, l'office AI a considéré que les pièces transmises par la recourante ne lui étaient d'aucun secours, si bien qu'il a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Dans sa réplique du 29 octobre 2015, la recourante a relevé que le rapport d'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_ laissait de côté différents troubles, tels qu'une anxiété majeure et une faible résistance au stress, pourtant mis en évidence par les Drs S.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_. Dans cette mesure, ses conclusions se fondaient sur une base erronée et c'était en outre à tort qu'il avait minimisé les troubles retenus en affirmant qu'ils n'avaient aucune influence sur sa capacité de travail. Elle a par ailleurs contesté le point de vue de l'office intimé, selon lequel le délai de carence d'une année n'aurait pas été atteint dès lors qu'elle n'aurait présenté que trois réactions dépressives transitoires justifiant des incapacités de travail temporaires (juillet à décembre 2011, août à novembre 2012 et avril à juin 2014). Se prévalant des rapports des Drs P.\_\_\_\_\_, X.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, elle a une nouvelle fois souligné avoir été en incapacité totale de travail de juillet 2011 à décembre 2014 et ce, tant pour des raisons physiques que psychiques. La recourante a en outre soutenu que c'était à tort que l'office AI avait nié l'existence d'une aggravation de sa pathologie rachidienne. Ayant rappelé avoir développé une hernie discale L5-S1 en 2012, laquelle avait été opérée en 2013, elle a indiqué qu'en dépit de cette intervention, des douleurs persistaient malgré les traitements des blocs facettaires en décembre 2012, avril 2013 et juin 2014 auxquels s'était ajoutée une infiltration périodurale en août 2015. De plus, une IRM effectuée en juin 2015 avait mis en évidence une inflammation et fragment discal entouré par une cicatrice fibreuse. Au surplus, la recourante a déclaré que, dans son rapport du 26 octobre 2015 joint en annexe, sa psychiatre traitante, la Dresse S.\_\_\_\_\_, avait confirmé que l'amélioration de son état de santé psychique n'avait été visible que depuis l'année 2015, coïncidant avec un processus de reconversion professionnelle par elle-même, suite au refus des prestations signifié par

l'administration intimée. Dans ces conditions, la recourante estimait que c'était à tort que l'office AI avait nié qu'elle présentait une incapacité de travail totale de juillet 2011 à décembre 2014, en raison « d'importantes affections psychiques » associées à des « troubles physiques très limitants ». Elle confirmait par conséquent les conclusions prises dans son mémoire de recours.

Le 11 novembre 2015, la recourante a transmis le courrier qu'elle avait adressé le 15 octobre précédent à la Dresse C.C.\_\_\_\_\_ et le rapport médical de cette dernière du 4 novembre 2015. Elle a évoqué les pathologies retenues par cette dernière ainsi que les limitations fonctionnelles qui leur étaient associées, relevant que selon cette praticienne sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle alors qu'elle était de 60% dans une activité adaptée. Quant au pronostic, la Dresse C.C.\_\_\_\_\_ se montrait plutôt optimiste, tout en soulignant la nécessité d'un soutien et d'un encouragement afin que les efforts de réintégration aient un effet positif. La recourante a en conséquence maintenu les conclusions de son recours.

Dans ses déterminations du 16 novembre 2015, l'office AI a fait remarquer que si les conclusions du Dr G.\_\_\_\_\_ quant à l'aptitude de la recourante à exercer une activité lucrative sur le plan psychiatrique divergeaient de celles des autres intervenants médicaux, cela ne signifiait pas pour autant qu'il avait fait fi des observations de ces derniers dans le cadre de son évaluation. Il a par ailleurs relevé que, dans son rapport du 26 octobre 2015, la Dresse S.\_\_\_\_\_ ne faisait pas état d'éléments médicaux objectifs qui n'auraient pas été pris en considération par l'expert prénommé. Quant à la problématique rachidienne, il renvoyait aux explications développées dans son écriture du 28 septembre précédent ainsi que dans l'avis médical du SMR du 8 septembre 2015. Il proposait derechef le rejet du recours et le maintien de la décision querellée.

Le 2 décembre 2015, l'intimé a fait parvenir la détermination de son SMR datée du 26 novembre 2015 au sujet du questionnaire

adressé par l'assurée à la Dresse C.C. \_\_\_\_\_ le 15 octobre 2015 et des réponses de cette dernière du 4 novembre suivant :

« (...)

- la Dresse C.C. \_\_\_\_\_ et le Dr B.B. \_\_\_\_\_ (Centre d'Antalgie/Anesthésiologie/Hôpital D.D. \_\_\_\_\_) ont vu pour la première fois l'intéressée le 3 août 2015 (rapport médical rédigé le 12 août 2015) postérieur à la décision OAI du 25 mars 2015 ;
- les lombalgies et les troubles de la sensibilité (« partie postérieure de la jambe gauche, « comme des lancées », diminution de la sensibilité de la partie latérale et inférieure du pied gauche et la partie postérieure du genou gauche », selon Dresse C.C. \_\_\_\_\_ (le 12 août 2015) sont prises en considération dans l'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_ (juin 2014) qui note : « les plaintes ont été relues in extenso à l'assurée : difficultés au lever avec les lombalgies, douleurs au sciatique gauche, douleurs nocturnes, difficile de rester assis ou debout » ; pas d'autres plaintes mentionnées ; l'expert continue : « il existe une hypoesthésie diffuse et non systématisée de la face externe de la cuisse gauche et de la face postérieure du membre inférieur gauche, ainsi qu'au pied gauche, surtout sur l'axe du premier rayon » (...) ; aucun traitement antalgique le jour de l'expertise, l'ampleur des lésions décrites par l'expert est la même que celle décrite par le Dr U. \_\_\_\_\_ (2 juillet 2015) ; selon Dresse C.C. \_\_\_\_\_ (12 août 2015), la force musculaire est conservée aux membres inférieurs et les tests sensoriels sont conservés, excepté le creux poplité gauche et la partie latérale du pied gauche ; sur le plan purement neurologique, l'atteinte de la sensibilité du membre inférieur gauche signalée, ne correspond pas à une dermatose spécifique (atteinte organique objective) ;
- Dr U. \_\_\_\_\_, spécialiste en réadaptation/orthopédie, évoque les mêmes diagnostics que l'expert C. \_\_\_\_\_ et confirme ses conclusions, des douleurs chroniques dans le cadre d'un déconditionnement physique et psychique et postcure de hernie, sans atteinte neurologique objectivée ;
- quant à l'IRM lombaire du 3 juin 2015 : l'interprétation est différente par les deux confrères, le Dr U. \_\_\_\_\_ spécialiste en réadaptation, retient « petite épidurite et une petite hernie L5-S1 sans conflit radiculaire » ; il ne parle pas d'aggravation ou récurrence en comparaison avec l'IRM lombaire du 4 juin 2013 et n'atteste pas d'incapacité de travail ; la Dresse C.C. \_\_\_\_\_, anesthésiste, parle d'une cicatrice fibreuse se rehaussant au Gadolinium avec rétrécissement du canal radiculaire gauche et probable (donc, pas de certitude) compression de la racine L5 gauche » ; les données radiologiques doivent être corrélées avec l'examen clinique, or, nous n'avons pas une évaluation neurologique complète de la part de notre consoeur, pour justifier un changement neurologique après la décision de janvier 2015 ;

- l'incapacité de travail annoncée par la Dresse C.C. \_\_\_\_\_ est basée sur les allégations de l'assurée, « cette activité semble, selon ses dires, être adaptée à sa condition physique ... elle pratique cette activité à 60% et dit avoir besoin du 40% pour se reposer » (4 novembre 2015) ; en qualité de médecin-consultant, notre collègue ne se prononce pas sur la capacité de travail.

En résumé, après lecture des nouveaux documents médicaux sur le plan orthopédique, nous ne trouvons pas d'éléments objectifs nouveaux qui auraient été ignorés ou pas pris en considération par le SMR avant la décision OAI du 25 mars 2015 ; nous estimons la capacité de travail entière de l'assurée, comme directrice-gérante de restaurant, selon le descriptif du poste de travail fourni par l'employeur (...) (expertise Dr C. \_\_\_\_\_) et son curriculum vitae (de 2001 à 2011, comme directrice d'établissements, activité type « gestion opérationnelle et organisationnelle, gestion administrative et financière ») et toute autre activité respectant les limitations fonctionnelles du rapport SMR du 18 novembre 2014 ; dans le cas qui nous préoccupe, nous pensons que « les conditions de travail » jouent un certain rôle sur la capacité de travail de l'intéressée ; toutefois, un changement de l'état de santé n'est pas exclu formellement après le 25 mars 2015. »

Ayant constaté que les documents médicaux discutés ne faisaient pas état d'éléments médicaux objectifs rattachés à la période qui prévalait jusqu'à la prise de position litigieuse, qui auraient été négligés dans le cadre de l'instruction et qui seraient suffisamment pertinents pour modifier son point de vue, l'intimé a une nouvelle fois proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Dans un courrier du 11 janvier 2016, la recourante a mentionné avoir consulté la Dresse C.C. \_\_\_\_\_ en raison de la persistance de douleurs basses avec des blocages au genou et à la jambe gauches. A ses yeux, les problèmes de santé ayant motivé cette consultation étaient ainsi les mêmes que ceux présentés en 2012. Elle a également relevé que, contrairement à l'affirmation du Dr C. \_\_\_\_\_ selon laquelle elle ne prenait aucun traitement antalgique le jour de l'expertise, elle était au bénéfice d'un traitement de Venlafaxine et de Trittico pour ses problèmes de dépression. Elle a par ailleurs contesté l'interprétation faite par l'office AI de l'IRM du 3 juin 2015, estimant qu'elle mettait en évidence un syndrome inflammatoire cicatriciel susceptible d'expliquer, au moins en partie, la symptomatologie douloureuse. Enfin, les limitations reconnues par les médecins consultés ne lui permettaient pas de

reprendre une activité dans le secteur de la restauration et ce, de manière définitive. Le fait qu'elle ait effectué un stage en institution spécialisée pour personnes handicapées corroborait ce point de vue. Elle a persisté dans ses conclusions, renouvelant plus particulièrement sa requête tendant à l'octroi de mesures de réadaptation.

Le 2 septembre 2016, la recourante a communiqué une copie du certificat de stage du 22 juillet 2016, délivré par l'Institution A.A.\_\_\_\_\_. Cette institution confirmait que l'intéressée y avait effectué un stage de maîtresse socio-professionnelle du 17 août 2015 au 22 juillet 2016. Le stage s'était bien déroulé et tous les objectifs avaient été atteints. Persuadée qu'elle allait réorienter sa carrière professionnelle dans cette direction, elle relevait néanmoins que le stage s'était révélé difficile en raison de ses douleurs au dos et de ses limitations physiques. Le stage avait permis de confirmer que sa capacité de travail résiduelle n'excédait pas 60%.

Dans ses déterminations du 28 octobre 2016, l'intimé a relevé que l'attestation produite n'indiquait pas le taux auquel l'assurée avait œuvré au sein de l'Institution A.A.\_\_\_\_\_. Dans l'éventualité où elle aurait effectivement exercé sa fonction à temps réduit, rien ne prouvait qu'elle n'aurait pas pu la réaliser à un taux supérieur. L'étendue des tâches réalisées n'était pas indiquée pas plus que le point de savoir si elles répondaient aux limitations physiques retenues par l'administration, qui estimait qu'une activité adaptée pouvait être pleinement exercée. En outre, l'arrêt des rapports professionnels ne semblait pas avoir été causé par des problèmes de nature médicale. Force était ainsi de constater que dite attestation n'invalidait pas les résultats de l'instruction médicale effectuée, de sorte que l'intimé proposait une nouvelle fois le rejet du recours et le maintien de la décision querellée.

Cette écriture a été transmise pour information à la recourante, qui n'a pas procédé plus avant.

## **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA) et dans le respect des conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53, confirmé par TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009 consid 2.1).

**b)** En l'occurrence, doit être tranchée la question de savoir si l'assurée présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible, suivant les conclusions du recours, de lui ouvrir le droit à une demi-rente d'invalidité, sans que la période n'ait été précisée, alternativement à des mesures de reclassement.

**c)** Il convient à ce stade de rappeler que, contrairement à ce que prétend la recourante, d'une part, le lien de causalité n'a aucune incidence en matière d'assurance-invalidité et, d'autre part, que la reconnaissance par l'assureur-accidents, respectivement l'assureur-maladie, d'un taux d'incapacité de travail déterminé dans le cadre du versement d'indemnités journalières n'a pas un caractère contraignant pour l'assurance-invalidité appelée à statuer sur le droit à une rente (cf. TFA I 552/02 du 4 avril 2003 consid. 5).

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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. Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité : un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

**b)** A teneur de l'art. 29<sup>ter</sup> RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1, let. b, LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (cf. aussi ch. 2014 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité [CIIAI], édictée par l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS] à l'attention de l'administration). L'interruption du délai d'attente a pour conséquence que, lors de la survenance d'une nouvelle incapacité de travail, un nouveau délai d'attente commence à courir sans qu'il y ait lieu de prendre en considération les périodes antérieures d'incapacité de travail (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Fribourg 2011, n. 2031 p. 537 et les références citées).

**c)** Selon la jurisprudence, la survenance d'une atteinte à la santé totalement différente de celle qui prévalait au moment du refus d'une première demande de prestations et propre, par sa nature et sa gravité, à causer une incapacité de travail de 40 % au moins en moyenne sur une année a, compte tenu de l'absence de connexité matérielle avec la situation de fait prévalant au moment du refus de la première demande de prestations, pour effet de créer un nouveau cas d'assurance (ATF 136 V 369 consid. 3.1 et les références; TF 9C\_294/2013 du 20 août 2013 consid. 4.1 et les références, in SVR 2013 IV n° 45 p. 138; voir également Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3<sup>ème</sup> éd. 2014, n. 138 ad art. 4 LAI). Le principe de l'unicité de la

survenance de l'invalidité cesse en effet d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les diverses phases, qui en deviennent autant de cas nouveau de survenance de l'invalidité (TF 9C\_697/2015 du 9 mai 2016 consid. 3.2 et la référence). Même si le Message du Conseil fédéral relatif à un projet de loi modifiant la loi sur l'assurance-invalidité du 27 février 1967 fait mention d'une "notion générale et unique de la survenance de l'invalidité" (FF 1967 I 677, 692), la jurisprudence a, de longue date, précisé que le principe d'unicité n'était pas absolu. Dans un arrêt du 27 juillet 1966 (cause I 65/66), le Tribunal fédéral des assurances mentionnait déjà que si la personne assurée ne remplissait pas à un moment donné les conditions du droit à une prestation, il n'en découlait pas qu'elle se verrait dans tous les cas et à tout jamais privée du bénéfice de l'octroi de toute prestation. Il pouvait tout d'abord se produire une succession de causes d'invalidité différentes qui entraînaient autant de survenances successives de l'invalidité. Bien plus, une seule et même cause d'invalidité pouvait entraîner au cours du temps plusieurs cas d'assurance. Ainsi, le principe de l'unicité cessait d'être applicable lorsque l'invalidité subissait des interruptions notables ou que l'évolution de l'état de santé ne permettait plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les diverses phases, qui en devenaient autant de cas nouveaux de survenance de l'invalidité (TF 9C\_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 5.2 et les références citées). En présence de deux cas d'assurance différents, le droit à une rente est subordonné à l'écoulement de la période de carence imposée par l'art. 28 al. 1 let. b LAI, ce pour chacune des situations données. Dans un tel cas, une application par analogie des art. 29<sup>bis</sup> et 88a al. 2 RAI n'entre pas en considération (Michel Valterio, op. cité, n. 2029 p. 537 et les références citées).

**d)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C\_24/2010 du 27 décembre 2010 consid. 2; 8C\_1034/2009 du 28 juillet 2010 consid. 4.2 et 8C\_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2). 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 (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de 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 de l'expert 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 et la référence citée). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Cela vaut aussi pour le psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

On ajoutera que lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies

et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TFA I 266/06 du 19 juin 2006 consid. 2).

**4.** Dans la décision dont est recours, l'office AI retient que, en raison d'épisodes dépressifs récurrents, la recourante présente une incapacité de travail totale du 26 juillet 2011 au 31 décembre 2011, d'août 2012 à février 2013, de septembre 2013 au 31 décembre 2013 puis d'avril 2014 à fin juin 2014. Toutes ces incapacités de travail ne sont pas en lien avec l'état dépressif, ainsi qu'on va le voir ci-après.

**a)** S'agissant des incapacités de travail fondées sur l'atteinte psychique, l'intimé se réfère par l'intermédiaire des avis de son SMR des 18 novembre 2014 et 23 mars 2015, à l'expertise du Dr G. \_\_\_\_\_ du 15 octobre 2014 (p. 21). Celui-ci a en effet conclu que « l'anamnèse [de l'assurée] montr[ait] 3 réactions dépressives justifiant des incapacités de travail de juillet à décembre 2011, d'août à novembre 2012 ainsi que d'avril à juin 2014 ». Il existe encore une brève incapacité de travail du 1<sup>er</sup> au 6 octobre 2014 correspondant à l'hospitalisation en mode volontaire à l'Hôpital psychiatrique A. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 31 octobre 2014 des Drs T. \_\_\_\_\_ et F.F. \_\_\_\_\_ ainsi que l'avis du SMR du 23 mars 2015) qui n'est pas mentionnée dans la décision litigieuse.

**b)** En ce qui concerne les incapacités de travail fondées sur l'atteinte orthopédique, l'administration s'appuie (cf. avis médical du SMR du 18 novembre 2014) sur l'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_ du 2 juillet 2014 (p. 18) pour retenir une incapacité de travail de 100% du 26 septembre 2013 (date à laquelle l'assurée a été opérée d'une hernie discale L5-S1 gauche) au 31 décembre 2013 (terme de la rééducation post-opératoire usuelle selon l'expert).

**c)** Subsiste la question de l'incapacité de travail de 100% entre décembre 2012 et février 2013. En confrontant l'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_

(p. 15), le rapport du SMR du 18 novembre 2014 et le rapport du Prof. V.\_\_\_\_\_ du 18 février 2013, il appert que la Dresse Z.\_\_\_\_\_ aura considéré au vu du traitement instauré (traitement conservateur et infiltrations multiples ensuite d'une hernie discale gauche L5-S1 diagnostiquée en octobre 2012) que l'assurée aura été incapable de travailler jusqu'au mois de février 2013, mois au cours duquel une amélioration a été constatée.

**d)** Il y a enfin lieu de mentionner pour être complet que l'assurée a présenté une incapacité de travail complète de trois jours consécutive à l'intervention chirurgicale du 2 juin 2014 (cf. protocole opératoire du 2 juin 2014).

**5.** En l'occurrence, l'atteinte psychique et l'atteinte physique sont clairement distinctes, sans lien factuel et temporel, de telle sorte qu'elles constituent des cas d'assurance différents. Il convient en conséquence d'examiner pour chacune de ces atteintes, sur la base des pièces médicales au dossier, si pendant le délai de carence d'une année de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, la recourante a présenté une incapacité de travail moyenne d'au moins 40% sans interruption notable au sens de l'art. 29<sup>ter</sup> RAI, étant rappelé qu'une seule et même cause d'invalidité peut entraîner au cours du temps plusieurs cas d'assurance.

**6.** S'agissant de l'atteinte somatique, il convient de relever que c'est par lettre du 9 avril 2013 à l'office AI que la recourante a pour la première fois indiqué qu'en plus de son état dépressif, elle présentait depuis le début du mois d'octobre 2012 des douleurs dorsales ayant motivé divers examens médicaux. Ceux-ci avaient révélé l'existence d'une hernie discale avec perte de mobilité dans la jambe gauche ayant donné lieu à des blocs facettaires les 12 décembre 2012 et 17 avril 2013 puis à une intervention chirurgicale (hémilaminectomie L5-S1 gauche et discectomie pour cure de hernie discale) pratiquée le 26 septembre 2013.

**a)** Pendant la période correspondant au délai de carence, soit du 9 avril 2012 au 8 avril 2013, l'office AI admet une incapacité totale de

travail de décembre 2012 à février 2013, période à laquelle une amélioration a été constatée (cf. le rapport du 18 février 2013 du Prof. V.\_\_\_\_\_).

Dans son rapport d'expertise, le Dr C.\_\_\_\_\_ ne retient pas d'incapacité de travail qui serait survenue antérieurement à l'intervention chirurgicale du 26 septembre 2013. Plus exactement, il était appelé à répondre à la question de savoir depuis quand il existait une incapacité de travail de 20% au moins et dans la mesure où une opération sous forme de bloc facettaire justifie un arrêt de travail de trois jours uniquement (cf. rapport du Dr X.\_\_\_\_\_ du 2 juin 2014), son appréciation serait a priori également soutenable. Au demeurant, ni le Centre de la Douleur J.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 22 avril 2013) ni le Dr P.\_\_\_\_\_ (cf. les certificats médicaux dressés les 9 janvier 2013, 5 mars 2013, 16 avril 2013, 27 mai 2013, 10 juillet 2013 et 14 août 2013) ne motivent l'incapacité de travail retenue par eux. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles définies par le Centre de la Douleur J.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 22 avril 2013 (port de charges limité à 10 kg au maximum, position assise continue limitée à une heure, position debout statique limitée à une heure, possibilité d'alterner les positions, pas de porte-à-faux et pas de rotations du bassin et des épaules) n'entraînent pas en elles-mêmes le constat d'une incapacité de travail durable.

Cela étant, la divergence résultant des appréciations du SMR et de l'expert orthopédique quant à l'existence d'une incapacité de travail antérieurement à la demande du 9 avril 2013 peut demeurer irrésolue. En effet, même si l'avis du SMR devait être suivi, les conditions cumulatives de l'art. 28 al. 1 let. b LAI ne seraient pas réalisées. L'incapacité de travail moyenne entre le 9 avril 2012 et le 8 avril 2013 est d'une part inférieure à 40% et d'autre part n'existe que de décembre 2012 à février 2013 de telle sorte que la recourante a été entièrement apte au travail pendant plus de trente jours consécutifs, et ceci par deux fois. L'exception de l'interruption notable est donc réalisée.

**b)** Concernant la période ultérieure à la demande du 9 avril 2013 et antérieure à la décision litigieuse, aucun rapport médical ne permet de s'écarter de l'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_ quant à une incapacité de travail limitée à la période de septembre 2013 au 31 décembre 2013. On rappellera dans ce contexte que, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C\_392/2014 du 3 septembre 2014 consid. 2). Dans cette mesure, il y a lieu d'écarter les rapports des 12 août et 4 novembre 2015 de la Dresse C.C. \_\_\_\_\_, consultée par la recourante le 3 août 2015, soit postérieurement à la décision dont est recours, et qui ne se prononce du reste pas sur la situation antérieure à dite décision sous l'angle de la capacité de travail.

Le suivi assuré par le Dr U. \_\_\_\_\_ est en revanche antérieur au 25 mars 2015 puisqu'il a débuté le 28 janvier 2015 (cf. certificat médical du 2 juillet 2015). Il ne se prononce cependant pas sur la capacité de travail, relève un déconditionnement musculaire (cf. certificat médical du 2 juillet 2015, p. 5) à l'instar du Dr C. \_\_\_\_\_ (cf. rapport d'expertise du 2 juillet 2014, p. 14), dont les éventuelles conséquences sur la capacité de travail, respectivement la capacité de gain, ne relèvent en l'occurrence pas de l'assurance-invalidité. En effet, d'une part, le dossier constitué ne fait état d'aucune maladie musculaire et, d'autre part, il incombe à tout assuré de réduire le dommage avant de solliciter les prestations d'un assureur social (cf. sur ce point TF 9C\_924/2011 du 3 juillet 2012 consid. 5.2.1 et les références). S'agissant du syndrome inflammatoire cicatriciel, on retiendra que le Dr U. \_\_\_\_\_ considère dans son rapport du 2 juillet 2015 qu'il explique en partie la symptomatologie douloureuse. Pour le surplus, il peut être renvoyé aux déterminations du SMR du 8 septembre 2015 qui relève plus particulièrement que les rapports du Dr U. \_\_\_\_\_ (des 9 mars 2015, 11 mai 2015 et 2 juillet 2015) ne permettent pas de

retenir l'existence d'une aggravation de l'atteinte rachidienne, en l'absence d'un éventuel épisode aigu récidivant.

Quant au Dr P.\_\_\_\_\_, il ne motive pas expressément, dans son rapport du 4 juin 2015, l'incapacité de travail retenue. En outre, lorsqu'il considère l'incapacité de travail dans l'activité habituelle comme totale sur le plan physique, il envisage manifestement une activité de service à la clientèle et non de direction d'établissement. Or, il ressort du rapport d'employeur complété le 24 mai 2012 que la profession exercée par l'assurée relevait davantage de l'exécution de tâches administratives que d'un service à la clientèle proprement dit. Sur ce point particulier, savoir la nature des tâches de l'activité habituelle, il convient de se référer au questionnaire complété par l'employeur en l'absence de preuves contraires rapportées par la recourante, étant rappelé à cet égard qu'en l'absence de preuves, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 139 V 176 consid. 5.2).

**c)** Dans ses écritures, la recourante dénie toute valeur probante à l'expertise du Dr C.\_\_\_\_\_ et formule diverses critiques à cet égard.

Contrairement à ce que soutient la recourante, le Dr C.\_\_\_\_\_ indique quelles sont les limitations fonctionnelles présentées par la recourante au plan physique (cf. p. 17 en relation avec la p. 22 du rapport d'expertise du 2 juillet 2014). L'expert estime que des mesures de réadaptation professionnelle sont envisageables. Ce faisant, il répond à la question usuelle et de principe de l'office AI quant à la pertinence, sous l'angle strictement médical, de la mise en place de mesures de réadaptation ; il s'agit donc seulement de déterminer si l'état de santé permet des mesures de réadaptation et non pas si celles-ci sont nécessaires, cette dernière appréciation relevant de la réalisation des conditions des art. 15 ss LAI. Dans cette mesure, la conclusion de la recourante tendant à l'octroi de mesures d'ordre professionnel tombe à faux. S'agissant des douleurs dont la recourante se prévaut pour contester la capacité de travail résiduelle qui lui a été reconnue, il sera relevé qu'elles constituent des symptômes qu'elle décrit et qui sont mentionnés

en tant que tels par les médecins l'ayant examinée (Dr P.\_\_\_\_\_, Prof. V.\_\_\_\_\_ et Dr U.\_\_\_\_\_ en particulier). Tel est aussi le cas du Dr C.\_\_\_\_\_ en pp. 7, 15 et 16 de son rapport du 2 juillet 2014. A elles seules, ces douleurs ne permettent pas de quantifier l'incapacité de travail résultant d'une atteinte à la santé. La recourante fait encore grief au Dr C.\_\_\_\_\_ de n'avoir mentionné aucun traitement antalgique au jour de l'expertise en juin 2014, alors qu'elle prenait de la Venlafaxine et du Trittico. C'est toutefois à juste titre que l'expert prénommé n'a pas évoqué de traitement antalgique puisque la Venlafaxine et le Trittico sont prescrits à titre d'anti-dépresseurs et non d'antalgiques. Elle reproche enfin à l'office AI - qui s'est fondé sur l'expertise du Dr C.\_\_\_\_\_ pour déterminer l'incapacité de travail sur le plan orthopédique - d'avoir nié l'existence d'une aggravation de sa pathologie rachidienne. Or, l'inflammation et le fragment distal avec cicatrice fibreuse dont fait état la Dresse C.C.\_\_\_\_\_ ont été mis en évidence par une IRM lombaire réalisée au mois de juin 2015, soit postérieurement à la décision entreprise.

Les griefs avancés par la recourante ne sont donc pas pertinents.

**d)** En définitive, il convient de se fonder sur le rapport d'expertise du Dr C.\_\_\_\_\_ pour retenir que l'assurée a présenté une incapacité totale de travail sur le plan somatique entre le mois de septembre 2013 et le 31 décembre 2013. Si ce rapport a été mis en oeuvre sur mandat de l'office intimé, il n'en demeure pas moins qu'il répond aux critères formels dégagés par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. considérant 3d supra). Il contient une anamnèse complète, un condensé de la documentation à disposition, fait état des indications subjectives de la recourante, décrit le résultat des observations réalisées au cours de l'examen clinique et s'achève par une appréciation de la capacité de travail.

**e)** Cela étant, l'incapacité de travail de septembre à décembre 2013 est précédée et suivie d'une interruption notable, la recourante étant entièrement apte au travail de mars 2013 à août 2013 puis dès janvier

2014. La seconde condition cumulative l'art. 28 al. 1 let. b LAI n'est donc pas réalisée, sans qu'il s'impose d'examiner plus avant si cette incapacité constitue ou non un nouveau cas d'assurance.

**7. a)** En ce qui concerne l'appréciation de l'atteinte à la santé psychique, il y a lieu de se fonder sur l'expertise du 15 octobre 2014 du Dr G.\_\_\_\_\_, laquelle satisfait aux réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer pleine valeur probante (cf. considérant 3d supra). Reposant sur une étude complète et circonstanciée de la situation médicale de l'assurée, le rapport d'expertise a été établi en pleine connaissance du dossier, des plaintes exprimées par la recourante et de l'anamnèse; les considérations médicales sont clairement formulées et les conclusions sont dûment motivées et explicites. Au demeurant, il a ceci de particulier par rapport aux expertises des Drs H.\_\_\_\_\_, et L.\_\_\_\_\_ que son auteur a pu apprécier la situation avec plus de recul de par l'écoulement du temps, ce qui pouvait l'autoriser à être plus affirmatif que le Dr L.\_\_\_\_\_. Celui-ci relève en effet la difficulté à déterminer rétroactivement une incapacité de travail et se montre circonspect s'agissant de celle située entre avril 2012 et août 2012 (cf. rapport d'expertise du 15 décembre 2012, pp. 14 et 16). Quant au Dr H.\_\_\_\_\_, son rapport complémentaire du 31 juillet 2012, qui évoque une incapacité de travail jusqu'en avril 2012 (cf. p. 13), il ne peut être considéré comme exhaustif, l'examen n'ayant pu être mené à terme. Il peut être renvoyé pour le surplus aux arguments développés par le SMR dans ses avis du 18 novembre 2014 et du 23 mars 2015 lequel, s'appuyant sur l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_, a plus particulièrement relevé que l'assurée avait présenté trois réactions dépressives transitoires (juillet à décembre 2011, août à novembre 2012 puis avril à juin 2014) séparées par une rémission et justifiant une incapacité de travail de 100%. Cela étant, l'expert prénommé a précisé (p. 20) que depuis sa sortie de l'Hôpital psychiatrique A.\_\_\_\_\_ en avril 2014, l'intéressée avait fait preuve d'une reconstruction progressive de ses ressources d'adaptation. De même, c'est à juste titre que, compte tenu de l'absence d'éléments attestant une aggravation de l'atteinte à la santé sur le plan psychique, l'office AI s'est rallié à l'appréciation du Dr G.\_\_\_\_\_ pour retenir que l'assurée présentait une capacité de travail de

100% à compter du mois de juillet 2014 dans une activité exempte de stress et sans responsabilités, hormis la courte période d'hospitalisation en mode volontaire à l'Hôpital psychiatrique A.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> octobre au 6 octobre 2014 (cf. avis du SMR du 23 mars 2015). Enfin, si les rapports médicaux de la Dresse S.\_\_\_\_\_ (cf. rapports des 9 janvier 2015 et 26 octobre 2015) tendent aussi à confirmer l'existence de périodes dépressives de caractère transitoire puisque des améliorations sont mentionnées, le fait de retenir une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle ne saurait toutefois l'emporter sur l'appréciation de l'expert Dr G.\_\_\_\_\_. En effet, l'empathie dont est susceptible de faire preuve le médecin traitant associée à la volonté éventuelle de ne pas provoquer une rupture du lien thérapeutique commandent d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert (cf. sur ce point considérant 3d supra).

**b)** Cela étant, la recourante reproche au Dr G.\_\_\_\_\_ d'avoir minimisé le rôle joué par une forme d'angoisse dans la reprise d'une activité professionnelle. A cet égard, l'expert explique en p. 16 de son rapport du 15 octobre 2014 (quatrième paragraphe) les raisons pour lesquelles il ne retient pas de trouble spécifique du registre de l'anxiété et par conséquent pas de diagnostic à ce titre. Dans le même sens, la « faible résistance au stress » dont la recourante se prévaut pour critiquer la capacité de travail retenue ne constitue pas un diagnostic en tant que tel. Quoi qu'il en soit, en matière d'assurance-invalidité, ce n'est pas le diagnostic qui est déterminant mais bien plutôt l'évaluation de la capacité de gain compte tenu des atteintes à la santé présentées (cf. art. 8 al. 1 LPGA en relation avec l'art. 4 al. 1 LAI).

Il résulte de ce qui précède que les griefs formulés par la recourante à l'endroit de l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_ doivent être écartés. Il s'ensuit que l'appréciation de ce dernier quant à la capacité de travail de la recourante doit être suivie.

**8.** Les incapacités de travail retenues par l'office AI en relation avec l'atteinte psychique doivent donc ainsi être confirmées. Cela étant,

en présence d'incapacités de travail de juillet à décembre 2011, d'août à novembre 2012, d'avril à juin 2014 et du 1<sup>er</sup> au 6 octobre 2014, les conditions cumulatives du droit à la rente imposées par l'art. 28 al. 1 let. b LAI ne sont pas réunies, que l'on examine les incapacités de travail en fonction du critère de l'interruption notable ou que l'on retienne une absence de connexité entre les phases dépressives incapacitantes et autant de nouveaux cas de survenance de l'invalidité. A cela s'ajoute qu'en l'absence de limitations fonctionnelles psychiques et les limitations fonctionnelles physiques n'empêchant pas une activité de cadre (directrice-gérante) dans la restauration, c'est à juste titre que l'office AI a retenu une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, laquelle excluait également le droit à la rente en application de l'art. 28 al. 1 let. c LAI.

**9.** En définitive, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

**10.** Il reste à statuer sur les frais et les dépens de la cause (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

**a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 4 al. 2 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

**b)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 25 mars 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Fortuna, Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (pour M. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :