

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 août 2020

Composition : M. PIGUET, président
MM. Métral, juge, et Küng, assesseur
Greffière : Mme Kuburas

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 28 et 29 LAI ; art. 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1958, travaillait pour le compte de la société M._____ SA (ci-après : la M._____ ou l'employeur) en qualité de gestionnaire de dossiers senior depuis le 1^{er} mai 1985.

Souffrant d'un état anxio-dépressif dans le cadre d'un épuisement professionnel, elle s'est vue prescrire par la Dre P._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, un arrêt de travail total dès le 9 septembre 2015.

Présentant une amélioration de son état de santé, l'assurée a repris son emploi à 50 % le 1^{er} février 2016. Confrontée à nouveau à la réalité de sa profession et à des difficultés personnelles, elle a représenté les mêmes symptômes qu'en septembre 2015 et s'est retrouvée à nouveau en incapacité de travail totale dès le 23 mars 2016.

L'employeur a licencié l'assurée pour le 30 juin suivant.

B. Dans l'intervalle, l'assurée a déposé le 3 mars 2016 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), faisant état d'un épuisement professionnel, de dorsalgies, d'arthrose (C4 à C7) et d'hypertension.

Le 21 avril 2016, la Dre P._____ a adressé un rapport à l'OAI, dans lequel elle a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - d'anxiété généralisée, d'attaques de panique, d'épisode dépressif sévère et de cervicarthrose sévère (existant depuis 2006), et ceux - sans effet sur la capacité de travail - d'hypertension artérielle (existant depuis 2015) et d'hypercholestérolémie. Elle a indiqué que l'assurée avait présenté des symptômes anxieux depuis l'été 2015 associés à des troubles du sommeil, une perte d'appétit et de l'élan vital en lien avec une surcharge professionnelle stressante. En parallèle, ce médecin a observé

une péjoration des cervicalgies et des lombalgies en lien avec des troubles dégénératifs connus ainsi que l'apparition d'une hypertension artérielle labile. Elle a avancé un pronostic réservé en raison d'un état psychique fragilisé et a attesté une incapacité de travail totale dans toute activité, en retenant à titre de limitations fonctionnelles le port de charges de plus de 5 kg, les activités stressantes et la position statique.

Dans un rapport du 22 août 2016 adressé au service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de l'assurée, a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, précisant que les symptômes dépressifs et anxieux de l'assurée s'étaient accentués avec son licenciement, et de trouble cognitif léger, sous réserve de l'investigation qu'il a ordonnée au Centre [...] de la Mémoire du Centre hospitalier H._____. Il a attesté une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 23 mars 2016, en retenant à titre de limitations fonctionnelles une anxiété généralisée avec attaques de panique dans un contexte d'abaissement de l'humeur ainsi qu'une diminution des performances professionnelles et domestiques en raison de troubles cognitifs.

Aux termes d'un rapport du 9 septembre 2016 adressé à Me Gilles-Antoine Hofstetter, conseil de l'assurée, la Dre P._____ a posé les diagnostics d'arthrose sévère, d'hypertension artérielle et d'état dépressif en lien avec une surcharge professionnelle, se manifestant par des états d'anxiété exacerbant sa problématique hypertensive. Sur le plan somatique, elle a estimé que l'assurée présentait une capacité de travail nulle dans son activité de gestionnaire et une capacité de travail oscillant entre 40 et 50 % dans une activité adaptée, respectant l'alternance des positions assise/debout et l'absence de port de charges lourdes.

L'investigation menée au Centre [...] de la Mémoire du Centre hospitalier H._____ a notamment mis en évidence ce qui suit (cf. rapport du 14 novembre 2016 de la Dre G._____, spécialiste en médecine interne générale et cheffe de clinique, adressé au Dr K._____):

(...)

Problèmes et attitude

Chez cette patiente de 58 ans, les plaintes cognitives sont apparues il y a une année de façon concomitante aux difficultés professionnelles ayant conduit à une incapacité de travail dans un cadre de troubles anxiodépressifs. Il n'y a pas d'impact fonctionnel actuellement, la patiente étant indépendante pour toutes les activités de base et instrumentales de la vie quotidienne. Le résultat des tests de dépistage des troubles cognitifs (MoCA) revient dans les normes, le bilan neuropsychologique fait état d'un déficit modéré en attention divisée, d'une fatigabilité intellectuelle ainsi que d'un ralentissement de la vitesse de traitement des informations, des discrets signes de fléchissement exécutif s'ajoutent au tableau. Le profil observé s'inscrit dans le cadre d'une problématique anxiodépressive, avec une atteinte à prédominance fronto-sous-corticale. Les examens paracliniques reviennent dans les normes, et l'IRM cérébrale également.

Au vu de ce qui précède, nous retenons le diagnostic de trouble cognitif léger (MCI) multidomaine, d'origine thymique, avec une possible composante algique et médicamenteuse. Pour la suite de la prise en charge, nous encourageons la patiente à poursuivre le suivi psychiatrique actuellement en cours, et une consultation dans un centre d'antalgie pourrait être indiquée pour la gestion de la douleur.

Afin de clarifier le droit aux prestations de l'assurée, l'assureur perte de gain de la M._____, a diligenté une expertise bidisciplinaire, dont il a confié sa réalisation aux Drs F._____, spécialiste en rhumatologie, et Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 20 novembre 2016, ces médecins ont notamment retenu ce qui suit :

(...)

3. DIAGNOSTICS

3.1. Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail :

- Trouble cognitif léger F60.7
- Cervico-brachialgies récurrentes M50.3
 - discopathie C4-C5, C5-C6 et C6-C7 et statistiques sous-jacents

3.2. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- Syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue F10.25
- Trouble anxieux (d'intensité légère) F41.9
- Syndrome de dépendance au tabac, utilisation continue F17.25

- Syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent F45.4
- diminution du seuil de déclenchement de la douleur
- Syndrome lombovertébral récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire M51.3
- Omalgies bilatérales sans signe de conflit ou de tendinopathie M75.0
- Hypertension artérielle. I10

(...)

APPRECIATION DU CAS

(...)

A l'examen de ce jour,

du point de vue rhumatologique, on met en évidence un syndrome cervicobrachial, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. L'examen frappe surtout par la présence de douleurs péri et poly-articulaires imputables à un syndrome poly-insertionnel douloureux récurrent avec diminution du seuil de déclenchement à la douleur.

Du point de vue psychiatrique,

(...)

Les symptômes objectivés correspondent à un trouble anxieux, d'intensité légère, à un syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue, à des troubles cognitifs légers (secondaires à l'alcool ?), entraînant comme limitations un abaissement du seuil anxiogène, une réduction de la tolérance au stress, une diminution des capacités adaptatives et d'apprentissage ; ces limitations interfèrent tout au plus de 15 % dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée.

Discussion consensuelle entre les experts

Concernant son exigibilité, à ce jour, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, nous retenons une capacité de travail de 85 %, ceci pour des raisons psychiatriques, dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée.

(...)

De son côté, le conseil de l'assurée a mis en œuvre une contre-expertise psychiatrique confiée au Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. De son rapport du 19 janvier 2017, on extrait entre autres ce qui suit :

(...)

4. DIAGNOSTICS DSM-5 [Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux] et CIM-10 [classification international des maladies]

Diagnostics avec impact sur la capacité de travail :

AXE I :

- Trouble dépressif caractérisé, épisode isolé, en rémission partielle, gravité actuelle légère F32.5 (296.25)
- Anxiété généralisée F41.1 (300.02)
- Trouble panique F41.0 (300.01)
- Trouble à symptomatologie somatique avec douleurs prédominantes chroniques, gravité actuelle légère F45.1 (300.82)

AXE II :

- Traits de personnalité limite, décompensés F60.3 (301.83)

Diagnostics sans impact sur la capacité de travail :

AXE I :

- Trouble de l'usage de l'alcool léger F10.10 (305.00)
- Trouble de l'usage d'anxiolytiques léger F13.10 (305.40)
- Trouble de l'usage du tabac moyen F17.200 (305.10)

AXE III :

- Cervicarthrose sévère C4-C5, C5-C6, C6-C7
- HTA [hypertension artérielle]

(...)

**8. UNE REPRISE DU TRAVAIL PARTIELLE OU À 100 % EST-ELLE ENVISAGEABLE ?
UNE CAPACITÉ DE TRAVAIL EST-ELLE RAISONNABLEMENT EXIGIBLE DANS UNE AUTRE ACTIVITÉ, C'EST-À-DIRE ADAPTÉE À L'ÉTAT DE SANTÉ ?**

L'expertisée se montre ouverte et motivée pour la reprise d'un travail à temps partiel de nature adaptée. Elle craint le milieu des assurances pour la nature stressante de cette activité. Elle est toutefois ouverte à toute activité administrative ou celle d'une secrétaire-réceptionniste. Après l'échec de la reprise professionnelle au mois de mars 2016, il est très important d'éviter une rechute en exposant l'assurée à un stress professionnel démesuré. Tenant compte de l'effondrement de la personnalité et des ressources adaptatives limitées, une réhabilitation doit se faire uniquement avec l'appui de la division de réhabilitation de l'AI.

Dans des conditions optimales, à savoir dans un emploi de nature non stressante permettant une baisse de rendement ainsi qu'une alternance des positions, sans exposition à des exigences informatiques élevées et de préférence l'après-midi, il est possible que Mme W. _____ puisse travailler à un taux allant au mieux jusqu'à 50 %. Par baisse de rendement, il faut comprendre par exemple l'exercice d'une activité de 4 heures par jour, espacées sur 6 heures de présence.

Sans la mise en place de telles mesures de réhabilitation, l'assurée ne peut pas accéder au marché de l'emploi normal, tel que par exemple par le biais de l'ORP.

La capacité de travail est nulle depuis le 09.09.2015. En effet, les 6 semaines de reprise en février-mars 2016 à un taux de 40 % et avec des conditions très favorables, sous coaching, ne sont pas représentatives d'une réelle capacité de travail dans l'économie du marché. L'échec de ce stage est d'ailleurs responsable d'une rechute significative sur le plan psychique. Aucune capacité de travail ne peut être actualisée actuellement sans démarches

spécialisées de réhabilitation et dans un emploi adapté et profilé pour cette expertisée.

(...)

Dans un complément d'expertise du 18 février 2017, la Dre Q._____ a observé que le Dr C._____ s'était fondé sur les plaintes subjectives de l'assurée pour établir les diagnostics retenus, sans rechercher les ressources et le fonctionnement de l'assurée dans diverses situations de sa vie. Compte tenu des loisirs et de la vie sociale de l'assurée, la Dre Q._____ a estimé que l'assurée ne vivait pas dans un état anxieux permanent et a maintenu ses conclusions, soit une capacité de travail de 85 % au jour de l'expertise.

Dans un complément d'expertise du 26 février 2017, le Dr C._____ a soutenu qu'il avait pris en considération les loisirs et la vie sociale de l'assurée, contrairement à ce que soulevait la Dre Q._____, tout en précisant que s'il était vrai que la rémission de l'état dépressif majeur initial de l'assurée lui avait permis de retrouver une partie de sa joie de vivre d'antan, il lui manquait en revanche l'enthousiasme et l'élan vital d'avant.

Nanti de ces documents, l'OAI a demandé un avis SMR. Dans un avis du 12 juillet 2017, la Dre D._____, médecin au SMR, s'est ralliée à l'appréciation des Drs Q._____ et F._____, dans le sens d'une capacité de travail de 50 % du 1^{er} juillet au 2 novembre 2016 et de 85 % dès le 3 novembre 2016. Elle a estimé que les critères d'une dépression sévère n'étaient pas remplis, l'assurée gardant des ressources.

Par projet de décision du 4 août 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui allouer une demi-rente d'invalidité du 1^{er} septembre 2016 au 28 février 2017. A compter du 3 novembre 2016, l'OAI considérait que la capacité de travail de l'assurée était de 85 % tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée et que son préjudice économique était en conséquence inférieur à 40 %, n'ouvrant ainsi pas de droit à une rente.

Le 9 août 2017, l'assurée, par l'entremise de Me Gilles-Antoine Hofstetter, a formulé des objections à l'encontre du projet de décision précité, en concluant à l'octroi d'une rente entière non limitée dans le temps. Dans sa motivation, elle a notamment fait valoir que l'OAI n'avait pas pris en considération l'expertise du Dr C._____ dans le cadre de son évaluation.

Le 26 septembre 2017, le conseil de l'assurée a transmis à l'OAI un rapport du 25 septembre 2017 du Dr K._____, dans lequel ce médecin a attesté une capacité de travail de 50 % depuis le 1^{er} juillet 2016 dans une activité adaptée.

Le 1^{er} octobre 2017, l'assurée a repris une activité professionnelle en qualité de patrouilleuse scolaire à un taux de 10 %, postérieurement étendue à 20 % le 1^{er} décembre 2017.

Dans un avis du 20 octobre 2017, la Dre D._____ a estimé que le Dr K._____ n'apportait aucun nouvel élément qui n'avait pas déjà été pris en compte lors de l'expertise bidisciplinaire du 20 novembre 2016. La Dre D._____ a dès lors maintenu les conclusions qu'elle avait émises dans son avis du 12 juillet 2017.

Par courrier du 11 juin 2018 adressé à l'OAI, le conseil de l'assurée a indiqué que l'état de santé de sa cliente s'était détérioré, dans la mesure où elle présentait désormais une arthrose dans les hanches couplée à une hernie discale. Il a notamment transmis divers documents, dont notamment :

- un rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) cervicale du 13 mars 2018, aux termes duquel la Dre L._____, spécialiste en radiologie, a conclu à des remaniements discarthrosique et uncarthrosique étagés, associés à un canal cervical constitutionnellement étroit, rétrécissant de façon significative les trous de conjugaison C4-C5, C5-C6 et C6-C7 des deux côtés, entraînant

un rétrécissement significatif du canal cervical en C4-C5, C5-C6 et C6-C7, et à un œdème par discarthrose des corps vertébraux de C4, C5 et C6, tout en précisant qu'il n'existait pas de signe de myélopathie,

- un rapport du 30 mai 2018 consécutif à une radiographie de la colonne lombaire, du bassin et de la hanche droite, faisant état d'une discarthrose lombo-sacrée, d'une coxopathie bilatérale prédominante à gauche ainsi que d'une coprostase marquée.

Dans un avis du 22 juin 2018, la Dre D._____ a estimé qu'aucune péjoration n'avait été documentée par les rapports de radiologie transmis par le conseil de l'assurée. La Dre D._____ relevait que les éléments mis en exergue par les radiographies (discopathies C4 à C7 et lombopygialgies) étaient déjà connus lors de l'expertise bidisciplinaire réalisée le 3 novembre 2016.

Par décision du 26 octobre 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision du 4 août 2017.

B. **a)** Par acte du 29 novembre 2018, W._____, toujours représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, interjette un recours contre la décision du 26 octobre 2018 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} septembre 2016, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. A l'appui de son recours, l'assurée fait notamment grief à l'OAI d'avoir passé sous silence l'expertise réalisée par le Dr C._____ ainsi que les divers avis du Dr K._____, privilégiant au contraire l'appréciation de la Dre Q._____ qui est, à ses yeux, lacunaire et contradictoire. L'assurée considère encore que l'OAI a procédé à une instruction lacunaire de son dossier, dans la mesure où ses affections sur le plan somatique n'ont pas été investiguées. Compte tenu de ses atteintes psychiatriques et physiques, elle estime présenter une incapacité de travail de l'ordre de 80 à 100 % depuis le mois de septembre 2015.

A l'appui de son recours, l'assurée produit un bordereau de pièces contenant notamment :

- un rapport du 31 octobre 2018 du Dr K._____, confirmant les diagnostics psychiatriques de trouble cognitif léger multidomaine d'origine thymique, de trouble de l'adaptation avec humeur dépressive et de trouble dépressif sévère sans symptômes psychotiques, précisant que la capacité de travail de l'assurée dans l'activité de patrouilleuse scolaire est de 20 % depuis le 1^{er} décembre 2017 sans pouvoir être augmentée et estimant que l'assurée ne peut pas travailler dans une autre activité,
- un rapport du 16 novembre 2018 de la Dre P._____, relevant que l'IRM du 13 mars 2018 de la colonne cervicale et la radiographie du 30 mai 2018 de la colonnaire lombaire, du bassin et de la hanche droite confirment la présence de troubles dégénératifs sévères essentiellement de C4 à C7 et de troubles dégénératifs de la colonne lombaire et des deux hanches, retenant à titre de limitations fonctionnelles l'alternance de position toutes les trente minutes, la limitation de l'amplitude des mouvements de rotation de la tête et le port de charges de plus de 5 kg, et considérant que l'assurée présente une capacité de travail de 40 % dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles et de 20 % dans l'activité de patrouilleuse scolaire en raison de l'atteinte lombaire.

b) Par réponse du 14 janvier 2019, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse, précisant que les rapports des 31 octobre et 16 novembre 2018, respectivement du Dr K._____ et de la Dre P._____, ne permettent pas un « nouvel éclairage de la situation ».

c) Par réplique du 5 février 2019, l'assurée persiste dans ses conclusions, tout en soutenant que l'OAI s'est fondé sur une expertise présentant de multiples lacunes, notamment sur l'évaluation du taux de capacité de travail retenu.

d) Par duplique du 25 février 2019, l'OAI conclut, à nouveau, au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse, en renvoyant à sa réponse du 14 janvier 2019.

e) Le 20 mai 2019, le juge instructeur a informé les parties de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique. Le mandat a été confié à la Dre V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans un rapport d'expertise du 11 novembre 2019, la Dre V._____ a notamment pris les conclusions suivantes :

(...)

Diagnostics

Diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail :

- STATUS APRÈS NOTIONS DE BURN-OUT ÉVOLUÉ EN ATTEINTE DÉPRESSIVE (Z73.0 ET F33.4), ACTUELLEMENT EN RÉMISSION.**

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

- NOTIONS D'UNE PÉRIODE DE CONSOMMATION D'ALCCOL SIGNIFICATIVE, SECONDAIRE, ACTUELLEMENT ANNONCÉE COMME CONTROLÉE (F10.25).**
- TROUBLES COGNITIFS LÉGERS, SELON RAPPORT D'INVESTIGATION NEUROPSYCHOLOGIQUE DU 26 OCTOBRE 2016 (F60.7).**

(...)

3. Influence des atteintes sur l'activité exercée jusqu'ici

jusqu'ici

3.1 Comment agissent ces atteintes sur l'activité exercée

Aucune atteinte actuellement objectivable n'a d'impact sur l'activité exercée jusqu'ici.

3.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail (ressources résiduelles et limitations fonctionnelles).

Totale dans toute activité sur le plan strictement psychiatrique.

3.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ?

Oui

Si oui, dans quelle mesure (heures par jour ; pourcentage), diminution de rendement incluse ?

Au plein temps habituel, sans perte de rendement.

3.4 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins, diminution de rendement comprise ?

Madame W._____ a été mise en arrêt de travail total le 9 septembre 2015 dans son activité habituelle de gestionnaire de dossiers. Cette mise en arrêt est médicalement justifiée en raison de l'atteinte psychiatrique à la santé.

3.5 Comment le degré d'incapacité de travail, y compris une éventuelle diminution de rendement, a-t-il évolué depuis lors ?

Sur la base de l'avis du médecin conseil de la M. _____, le Dr R. _____, une exigibilité professionnelle à 50 % a été attestée dès le 1^{er} juillet 2016. Etant donné le caractère réactionnel au poste habituel de la mise en arrêt de travail, la décision de rendre exigible à mi-temps l'exercice d'un autre poste, après largement plus de 6 mois de reconnaissance d'incapacité de travail totale est médicalement pertinente.

L'appréciation de la Dre Q. _____ qui, dans son rapport du 20 novembre 2016, a reconnu une amélioration qui permet une exigibilité professionnelle à 85 %, est congruente avec l'appréciation de ce jour : en effet, les symptômes constatés sont actuellement en rémission complète. Il n'y a plus de perte de rendement.

4. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée ?

Oui.

En d'autres termes, au cas où les atteintes présentées par l'assurée engendreraient une incapacité de travail totale ou partielle dans la profession habituelle, peut-elle exercer d'autres activités professionnelles adaptées à ses limitations fonctionnelles ? Oui.

4.1 Si oui, à quels critères médicaux le poste de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ? Quelles sont les limitations fonctionnelles ?

Il n'y a aucune limitation fonctionnelle psychiatrique à l'exercice d'un autre poste.

4.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle exercée (par exemple heures par jour, pourcentage), diminution de rendement comprise ? Depuis quand ?

Que ce soit dans le métier habituel comme dans un autre poste, l'exigibilité professionnelle est aujourd'hui totale.

4.3 Quelle a été l'évolution de la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée ?

Bien que le métier habituel ait toujours été adapté sur le plan psychiatrique, le poste exercé ne l'est plus en raison de la surcharge qu'il a induite.

Après une incapacité de travail totale qui a débuté le 09.09.2015, une aptitude au placement a pu être attendue à 50 % à partir du 1^{er} juillet 2016, puis à 85 % depuis le 20 novembre 2016. Elle est aujourd'hui de 100 % dans toute activité.

f) Par avis du 14 novembre 2019, le juge instructeur a invité les parties à se déterminer sur la teneur du rapport précité.

g) Par écritures des 12 décembre 2019 et 15 janvier 2020, l'OAI et l'assurée ont respectivement maintenu leurs conclusions. L'assurée a en particulier soutenu que l'appréciation de la Dre V._____ était lacunaire en tant qu'elle ignorait les conclusions du Dr C._____ et contradictoire s'agissant de l'exigibilité de la reprise d'une activité professionnelle.

h) Le 16 janvier 2020, l'assurée a transmis à la Cour de céans, en complément à son écriture du 15 janvier 2010, un rapport du 13 décembre 2019 établi par Mme J._____, ergothérapeute, aux termes duquel cette dernière préconisait la poursuite du traitement ergothérapeutique durant toute l'année 2020 afin de diminuer l'atteinte psychique de l'assurée considérée comme majeure.

i) Par courrier du 27 janvier 2020, l'assurée a indiqué à la Cour de céans que la Dre V._____ lui avait fait savoir, lors de l'examen clinique, qu'elle aurait dû être indemnisée à 100 % par la M._____ durant les deux premières années de son atteinte à la santé, ce qui va à l'encontre des informations écrites dans le rapport d'expertise du 11 novembre 2019.

j) Se déterminant le 4 février 2020, l'OAI a maintenu ses conclusions, en estimant que le rapport de l'ergothérapeute du 13 décembre 2019 ne faisait pas état de nouveaux éléments médicaux qui n'auraient pas été pris en compte par la Dre V._____.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné

(art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

3. Dans un premier grief d'ordre formel, la recourante reproche à l'intimé d'avoir violé son droit d'être entendue en rendant une décision insuffisamment motivée, dans la mesure où elle reprenait pour l'essentiel la teneur du projet de décision du 4 août 2017 et ne discutait pas l'appréciation du Dr C._____.

a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la

décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2).

b) En l'espèce, l'intimé n'a effectivement pas mentionné sur quel avis médical il se fondait pour statuer. Toutefois, il a accompagné sa décision d'un courrier explicatif, lequel précisait qu'il faisait partie intégrante de cette décision. La recourante a, au demeurant, été en mesure de comprendre la décision, puisqu'elle a été en mesure de la contester utilement. Partant, on doit écarter un quelconque grief de violation de son droit d'être entendue.

4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si,

au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

c) Aux termes de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (al. 1) ; la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

d) Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre.

5. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

b) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

c) Selon la jurisprudence, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

6. En l'occurrence, l'intimé a, par décision du 26 octobre 2018, alloué une demi-rente d'invalidité du 1^{er} septembre 2016 au 28 février 2017 et l'a ensuite supprimée à cette date, soit après trois mois

d'amélioration de l'état de santé de la recourante. S'appuyant sur les conclusions de l'expertise du 20 novembre 2016 des Drs F._____ et Q._____, l'intimé a considéré que la recourante présentait à compter du 3 novembre 2016 une capacité de travail de 85 % tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, taux qui ne permettait pas le maintien du droit à la rente.

La recourante considère en revanche être en incapacité de travail totale tant sur le plan somatique que psychique.

a) Sur le plan rhumatologique, le Dr F._____ a, dans son rapport du 20 novembre 2016, observé que la recourante présentait un syndrome cervico-brachial récurrent sur discopathies C4-C5, C5-C6 et C6-C7, un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent avec diminution du seuil de déclenchement de la douleur, des omalgies bilatérales sans signe de conflit ou de tendinopathie et un syndrome lombovertébral récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. Il a relevé que les douleurs de la recourante étaient soulagées par l'alternance des positions et, partiellement, par la prise d'antalgie mineure, mais qu'elle arrivait à faire les courses, les repas, la lessive, des promenades et aller à la cueillette aux champignons. Lors de l'examen clinique, il a constaté que la recourante s'était levée de sa chaise en salle d'attente d'un seul tenant, sans signaler de douleurs, et que durant l'examen clinique elle était restée assise pendant l'entretien sans se lever et sans adopter de position algique. Sur la base de ces constatations, il a retenu une capacité de travail de 50 % du 1^{er} juillet au 2 novembre 2016 et de 100 % dès le 3 novembre 2016 (jour de l'expertise) dans une activité limitant le port de charges en porte-à-faux avec long bras de levier, précisant à cet égard que l'activité antérieure de gestionnaire, correspondait à ce profil.

La Cour de céans ne peut que se rallier à l'appréciation du Dr F._____, laquelle satisfait aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante.

Certes, la Dre P._____ a relevé, dans ses rapports des 9 septembre 2016 et 16 novembre 2016, la présence de troubles dégénératifs sévères de C4 à C7, de la colonne lombaire et des deux hanches. En retenant toutefois à titre de limitations fonctionnelles l'alternance de position toutes les trente minutes, la limitation de l'amplitude des mouvements de rotation de la tête et l'absence de port de charges de plus de 5 kg, elle rejoint, du moins en partie, l'avis du Dr F._____. La seule divergence réside dans l'évaluation de la capacité de travail, qu'elle fixe à 40 %. Ce faisant, elle n'explique pas les raisons pour lesquelles une activité de gestionnaire, dont il y a lieu d'admettre qu'elle est compatible avec les limitations fonctionnelles induites par l'ensemble des atteintes à la santé - anciennes et nouvelles - présentées par la recourante, ne pourrait être exercée qu'à 40 %.

Partant, force est de constater que, sur un plan somatique, la recourante a présenté une capacité de travail de 50 % du 1^{er} juillet au 2 novembre 2016 et présenté depuis le 3 novembre 2016 une capacité de travail de 100 % dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles (alternance de position ; pas de port de charges de plus de 5 kg ; pas de position en porte-à-faux avec long bras de levier).

b) aa) Sur le plan psychiatrique, il est établi que la recourante a souffert d'un épuisement professionnel occasionnant un arrêt de travail depuis le 9 septembre 2015. Par la suite, les avis ont divergé au sujet de l'évolution de la situation et de la capacité de travail de la recourante. En effet, la Dre Q._____ a estimé que la recourante avait présenté une capacité de travail de 50 % du 1^{er} juillet au 2 novembre 2016 et de 85 % dès le 3 novembre 2016 ; à titre de limitations fonctionnelles, ce médecin retenait un abaissement du seuil anxiogène, une réduction de la tolérance au stress et une diminution des capacités adaptatives et d'apprentissage. De l'avis du Dr C._____, la recourante présentait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée (emploi non stressant, permettant une baisse de rendement ainsi qu'une alternance des positions, sans exposition à des exigences informatiques élevées et de préférence l'après-midi). Quant au

Dr K._____, il a indiqué que sa patiente présentait depuis le 1^{er} décembre 2017 une capacité de travail de 20 % dans son activité de patrouilleuse scolaire et qu'elle n'était pas apte à augmenter ce taux ou à investir une autre activité.

bb) L'existence de telles divergences de positions imposait de mettre en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire, laquelle a été confiée à la Dre V._____.

aaa) Dans son rapport du 11 novembre 2019, la Dre V._____ pose le diagnostic - avec répercussion sur la capacité de travail - de status après notion de burn-out ayant évolué en atteinte dépressive (actuellement en rémission), ainsi que les diagnostics - sans répercussion sur la capacité de travail - de notions d'une période de consommation d'alcool significative, secondaire (actuellement annoncé comme contrôlée) et de troubles cognitifs légers. Elle retient une incapacité de travail totale du 9 septembre 2015 au 30 juin 2016, puis une capacité de travail de 50 % du 1^{er} juillet au 19 novembre 2016, de 85 % du 20 novembre 2016 au 17 octobre 2019 et de 100 % dès le 18 octobre 2019 (jour de l'expertise) dans toute activité sans aucune limitation fonctionnelle de nature psychiatrique. De son point de vue, la recourante avait présenté un état séquellaire d'une pathologie dépressive apparue à la suite d'un épisode d'épuisement professionnel qui ne justifiait plus, au jour de l'examen, d'incapacité de travail.

bbb) Le rapport d'expertise de la Dre V._____, dont les conclusions viennent pour l'essentiel confirmer celles du volet psychiatrique de l'expertise des Drs Q._____ et F._____, est conforme aux attentes relatives à un tel document, ce qui permet de lui conférer pleine valeur probante. En effet, ses conclusions résultent d'une analyse complète de la situation médicale, tant objective que subjective, fondée sur une anamnèse détaillée et un condensé exhaustif des renseignements tirés du dossier, et incluent une discussion complète des différents points de vue exprimés au cours de la procédure (en particulier ceux des Drs Q._____ et C._____). La Dre V._____ explique clairement les raisons

ayant fondé son appréciation et indique en particulier pourquoi elle s'est distanciée de l'avis des autres médecins intervenus dans le dossier pour conclure à une pleine capacité de travail. Il est cependant vrai que le rapport d'expertise contient une remarque déplacée et inutile à propos de l'acte de recours rédigé par le conseil de la recourante ; ce seul élément ne saurait justifier, en soi, des doutes quant à la valeur probante de l'expertise.

La Dre V._____ observe notamment que les premiers symptômes psychiatriques sont apparus avec une surcharge professionnelle conduisant à un état d'épuisement, qui a motivé un arrêt de travail total en septembre 2015. Des symptômes anxieux et dépressifs ont ensuite évolué en un trouble dépressif, dont l'intensité a été moyenne, voire momentanément sévère, associé à un trouble panique. Ces troubles ont montré une évolution favorable au fil du temps et du traitement. A la suite d'une amélioration de l'état de santé, une tentative de reprise à temps partiel de l'activité professionnelle à compter du 1^{er} février 2016 n'a pas pu être maintenue, dès lors qu'aucun allègement du cahier des charges n'avait été mis en place. L'état de santé de la recourante avait évolué dans le sens d'une lente amélioration, puis d'un amendement des symptômes avec reprise des activités plaisantes, pour parvenir finalement à une rémission complète des symptômes dépressifs sous traitement. D'ailleurs, aussi bien la Dre Q._____ que le Dr C._____ ont relevé que la recourante a présenté une rémission de son état dépressif et anxieux lui permettant de se consacrer de nouveau à ses loisirs.

ccc) La Dre V._____ met en évidence que la recourante disposait de ressources importantes. Elle observe notamment que la recourante est munie de sa propre personnalité et que son parcours de vie (professionnel, sentimental et familial) ne montre aucun signe de dysfonctionnement dans les relations avec autrui excluant ainsi tout trouble de la personnalité incapacitant. Si le fait d'évoquer la fin de l'activité professionnelle éveillait une montée de larmes chez la recourante, il fallait néanmoins rattacher cette réaction au fort attachement (30 ans de vécu dans la même entreprise). Le décès du mari

de la recourante en 2011 n'avait quant à lui pas justifié de mise en arrêt de travail. La recourante a repris depuis le 1^{er} octobre 2017 une activité professionnelle de patrouilleuse scolaire qu'elle apprécie et dédie son temps libre à des activités de loisirs (marcher, tournois de pétanque, natation, peinture, voyages). S'il est vrai que des tests neuropsychologiques (cf. rapport du 14 novembre 2016 du Centre [...] de la Mémoire du Centre hospitalier H._____) ont mis en évidence une détérioration cognitive légère pouvant entraîner des oublis d'événements récents, la Dr V._____ estime que la recourante est en mesure d'affronter ces pertes de mémoire en adoptant des comportements adaptés.

Qui plus est, la prise en charge (psychothérapie et traitement médicamenteux) a été menée *lege artis*, dans la mesure où l'état de santé de la recourante s'est amélioré, les crises d'angoisse ayant disparu et le sommeil étant désormais bon.

ddd) A la lecture des autres évaluations médicales au dossier, la Cour de céans ne détecte aucun élément déterminant qui aurait échappé à l'examen de l'experte V._____ et qui serait susceptible de remettre en cause ses conclusions. En ce qui concerne l'expertise du Dr C._____, il convient de relever que ce médecin fait reposer la diminution de la capacité de travail de la recourante principalement sur l'effondrement de sa personnalité et sur des ressources adaptatives limitées. V._____ explique toutefois de manière claire et convaincante les raisons pour lesquelles il convient d'apprécier avec réserve certaines des observations rapportées (intensité de la dépression ; traits de la personnalité) par le Dr C._____ et met en évidence de nombreux éléments anamnestiques qui plaident dans le sens de ressources adaptatives conservées.

Dans ses différentes prises de position (rapports des 22 août 2016, 25 septembre 2017 et 31 octobre 2018), le Dr K._____ pose des diagnostics dont l'intensité n'a été confirmée par aucun des autres spécialistes consultés et ne fournit que peu d'explications sur les motifs

qui empêcheraient sa patiente de reprendre une activité adaptée. Quant au point de vue de l'ergothérapeute J. _____ (rapport du 13 décembre 2019), il doit être écarté, dans la mesure où l'intéressée ne donne aucune explication circonstanciée sur les raisons qui justifieraient de retenir la persistance d'une atteinte à la santé psychique.

c) Sur le plan de l'exigibilité, la Dre V. _____ retient que celle-ci est totale dans le métier habituel comme dans un autre poste de travail, tout en soulignant que le poste précédemment exercé auprès de la M. _____ n'était plus adapté en raison de la surcharge qu'il avait induite. Ainsi, la question du reclassement dans un emploi adapté tout comme la problématique de l'âge ne se posent pas contrairement à ce que soutient la recourante.

d) Ainsi, force est de constater que la recourante a présenté une incapacité de travail totale du 9 septembre 2015 au 30 juin 2016, une capacité de travail de 50 % du 1^{er} juillet au 19 novembre 2016, de 85 % du 3, respectivement du 20 novembre 2016 – étant précisé qu'il n'y a pas lieu d'examiner quelle est la date pertinente, dès lors que cela n'a aucune influence sur le résultat final – au 17 octobre 2019 et de 100 % à compter du 18 octobre 2019 (jour de l'expertise), si bien que la recourante peut prétendre à une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} septembre 2016 au 28 février 2017 (soit trois mois après la survenance de l'amélioration de la capacité de travail).

e) Au final, il convient de constater que le résultat auquel aboutit la Cour de céans correspond aux conclusions auxquelles était parvenu l'OAI, de sorte que le recours doit être rejeté.

7. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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 (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais de justice à 400 fr. et de les mettre à charge de la recourante, qui succombe.

b) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 26 octobre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de W._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Giles-Antoine Hofstetter (pour W. _____), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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).

La greffière :