

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 juin 2021

---

Composition : M. NEU, président  
MM. Bidiville et Peter, assesseurs  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Véronique Fontana,  
avocate à Lausanne,

et

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

**Art. 6 s., 17 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 88a al. 1 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** Ressortissante espagnole, X.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est mère d'un enfant né en [...]. Elle est établie en Suisse depuis 2007 où elle a travaillé à mi-temps comme chargée de recherche auprès de l'[...] ([...]), et depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2008 à 80 % en tant que « Senior Scientist » pour le compte de la société B.\_\_\_\_\_ SA, à [...].

En arrêt de travail depuis le 19 juin 2013 en raison de cervico-brachialgies « avec des douleurs pouvant aller de l'épaule droite irradiant dans le bras et la main, aussi le poignet », de rétrolisthésis C5-C6 et de hernie L5-L6, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles/rente) le 9 décembre 2013.

Le 6 janvier 2014, l'employeur a résilié par oral les rapports de travail le liant à l'assurée, avec effet au 31 mars 2014 (courrier du 28 janvier 2014 de l'entreprise B.\_\_\_\_\_ SA).

Sur le formulaire 531bis « DETERMINATION DU STATUT (PART ACTIVE / PART MENAGERE) complété le 15 janvier 2014, l'assurée a indiqué que sans atteinte à la santé, elle travaillerait au taux de 80 % depuis 2008 comme scientifique dans l'industrie par nécessité financière et intérêt personnel.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli les renseignements médicaux auprès des médecins consultés (rapport du 4 février 2014 du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie ; rapport du 5 février 2014 du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ; rapport du 27 février 2014 du Dr F.\_\_\_\_\_, chef de clinique à l'Hôpital Orthopédique du CHUV) et obtenu les renseignements usuels de la part de

l'ex-employeur de l'assurée (questionnaire complété le 5 mars 2014 par la société B.\_\_\_\_\_ SA).

Après avoir requis le point de vue du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) sur les renseignements médicaux recueillis (avis du 11 mars 2014), l'OAI a, par communication du 22 avril 2014, pris en charge une mesure d'orientation professionnelle (sous forme d'un bilan de carrière) auprès de J.\_\_\_\_\_ SA, à [...], du 13 mai au 30 juin 2014.

Le 1<sup>er</sup> mai 2014, l'OAI a pris connaissance du dossier médical de l'assurée constitué par Q.\_\_\_\_\_ SA (assureur-accidents, servant ses prestations depuis un accident de voiture du 19 juin 2013 lors duquel l'assurée avait subi un coup du lapin [pièce 35]) et obtenu des renseignements médicaux complémentaires auprès du Dr F.\_\_\_\_\_ (rapport du 16 juin 2014).

Aux termes d'un rapport de situation du 8 juillet 2014, le Dr N.\_\_\_\_\_, du SMR, a constaté l'absence d'évolution, les douleurs persistant sans changement et se compliquant d'un épisode dépressif moyen. De l'avis de ce médecin, il convenait de suivre la reprise à mi-temps dans un travail de bureau, avec possibilité d'alterner les positions, depuis le 1<sup>er</sup> juin 2014 en augmentation progressive (10 % par mois) annoncée par le Dr F.\_\_\_\_\_. A défaut, il faudrait envisager la réalisation d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique).

Le rapport de bilan de carrière établi le 21 août 2014 par les responsables de la société J.\_\_\_\_\_ SA a conclu que l'assurée était en mesure de reprendre un emploi à un rythme adéquat (« à 50 % et en l'augmentant graduellement dans les mois à venir ») dans un poste de type administratif dans un domaine de recherche scientifique.

Dans le cadre de la poursuite de l'instruction de la demande de prestations déposée, l'OAI a recueilli divers renseignements médicaux complémentaires dont un rapport établi le 4 novembre 2015 par la Dre

K.\_\_\_\_\_, interniste, consultée depuis le mois d'août 2013 ; l'assurée avait été opérée (discectomie par voie antérieure C5/6, foraminotomies bilatérales C5/6, et stabilisation par cage intersomatique, par greffe osseuse et plaques antérieures intracorporeales C5 et C6 fixées à la cage [protocole opératoire du 19 août 2015]) le 18 août 2015 par le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie. Dans un rapport du 17 décembre 2015 adressé à l'OAI, la Dre K.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de hernie discale C5-C6 gauche, d'instabilité segmentaire C5-C6, de sténose foraminale C5-C6 bilatérale et d'état dépressif réactionnel. Indiquant un pronostic favorable, cette médecin était d'avis que l'incapacité de travail était de 100 % depuis l'accident jusqu'au 31 janvier 2016, mais que, dès le 1<sup>er</sup> février 2016, l'assurée pouvait envisager la reprise d'une activité adaptée (sans port de charge, ni changement de position fréquemment) au taux de 30 %. Sur le plan thérapeutique, il convenait de poursuivre la physiothérapie, diminuer les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et maintenir les antidépresseurs.

Après avoir obtenu la prise de position du SMR sur les derniers renseignements recueillis à son dossier (avis du 5 avril 2017), l'OAI a confié la réalisation d'une expertise médicale bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) de l'assurée aux Drs G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, et C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie. Dans son rapport du 14 novembre 2018, le Dr C.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un trouble anxieux et dépressif mixte léger secondaire à la douleur (F41.2), estimant que, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail de l'assurée était entière dans toute activité depuis toujours. Dans son rapport du 22 novembre 2018, le Dr G.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics suivants :

“6.1 Diagnosics avec répercussion sur la capacité de travail :

- ▶ Cervicalgies chroniques
  - status post-spondylodèse C5-C6, discectomie et foraminotomie bilatérale C5-C6 le 18.08.2015
  - status post-infiltration C6-C7 D [droite] en août 2017, status post-infiltration C5-C6 en avril 2018.

## 6.2 diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- ▶ Syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent de type fibromyalgique
  - diminution du seuil de déclenchement à la douleur
- ▶ Syndrome lombo[-]vertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire sans signe de discopathie
  - status post-cure d'hernie discale L4-L5 en 2004
  - status post-spondylodèse L4-L5 en 2006
- ▶ Omalgies sans signe de conflit ou de tendinopathie
- ▶ Status post kystectomie ovarienne en 1996 et 2003."

Du point de vue strictement rhumatologique, le Dr G. \_\_\_\_\_ a estimé que, depuis le mois de janvier 2016, la capacité de travail de l'assurée était de 90 % (100 % avec une diminution de rendement de 10 %) tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (à savoir, pas de port de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5 à 10 kilos de manière répétitive avec le membre supérieur droit). Les Drs G. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_ ont, dans le cadre de leur mandat, livré leur appréciation consensuelle du cas.

Dans un rapport du 27 mars 2019, la Dre M. \_\_\_\_\_, médecin au SMR, a retenu l'atteinte principale à la santé de cervicalgies chroniques, status-post spondylodèse, discectomie et foraminotomie C5-C6 (M50.2). Les pathologies associées, relevant de l'assurance-invalidité, étaient un syndrome polyinsertionnel douloureux de type fibromyalgique, un syndrome lombo-vertébral récurrent chronique sans signe irritatif ou déficitaire ou de discopathie, un status post-cure de hernie discale, un status post-spondylodèse L4-L5, des omalgies sans signe de conflit ou de tendinopathie, ainsi qu'un status post-kystectomie ovarienne. La médecin du SMR estimait la capacité de travail de l'assurée comme étant nulle dans toute activité depuis l'accident jusqu'au 31 décembre 2015, puis à 90 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016. Il n'existait aucun motif de s'écarter des conclusions de l'expertise bidisciplinaire rhumato-psychiatrique précitée.

Par projet du 2 avril 2019, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui reconnaître le droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> juin 2014 au 31 mars 2016. Ses constatations étaient les suivantes :

“Selon nos observations, nous vous considérons comme une personne active à 80 % et ménagère à 20 %.

Pour évaluer le taux d'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel, il convient d'une part de déterminer le préjudice économique subi dans la part professionnelle (part active) et d'autre part de prendre en considération les empêchements dans la tenue du ménage (part ménagère).

Le degré d'invalidité qui résulte de ces deux domaines doit ensuite être pondéré en tenant compte du taux d'occupation professionnel que vous auriez eu si vous n'aviez pas été invalide et du taux consacré à vos travaux habituels.

Suite à un accident survenu en date du 19 juin 2013 et selon les renseignements médicaux en notre possession, il s'avère que vous avez présenté une incapacité de travail et de gain totale dans toute activité lucrative jusqu'au 31 décembre 2015. Dès lors, vos empêchements pour la part active durant cette période sont de 100 %.

En ce qui concerne la part ménagère et dans la mesure où l'invalidité que vous présentez sur la part active ouvre à elle seule droit à une rente entière d'invalidité, nous n'avons pas procédé à l'évaluation des empêchements que vous rencontrez dans l'accomplissement des tâches ménagères.

Après pondération, le degré d'invalidité global résultant des deux domaines est le suivant pour la période du 19 juin 2013 au 31 décembre 2015 :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	80 %	100 %	80 %
Ménagère	20 %	0 %	<u>0 %</u>
Degré d'invalidité			<u>80 %</u>

Il ressort de l'instruction médicale de votre dossier, qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016, vous êtes à même de reprendre votre activité habituelle à plein temps de votre taux contractuel de 80 %. Vous ne présentez donc plus de préjudice économique.

Au vu de ce qui précède, au terme du délai de carence d'une année, soit le 19 juin 2014, le droit à une rente entière, basée sur un degré d'invalidité de 80 %, est ouvert.

La rente est supprimée au 31 mars 2016, soit après le délai de trois mois d'amélioration de la capacité de gain, selon l'article 88a, alinéa 1, RAI [règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201].

Le montant exact de la rente AI est fixé par la caisse de compensation. Le calcul sera effectué au plus tôt au terme de la

procédure de préavis. Le montant vous sera communiqué dans la décision définitive.”

Les 22 avril et 1<sup>er</sup> juin 2019, l'assurée a fait part de ses remarques sur ce projet. A cet effet, elle a notamment remis les pièces médicales suivantes :

- une liste récapitulative de la médication de l'assurée ainsi que divers certificats médicaux établis par la Dre K.\_\_\_\_\_, attestant d'incapacités de travail variant entre 50 et 100 % selon les périodes, pour cause de maladie ;

- un rapport de consultation du 17 août 2017 du Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, qui, outre un status neurologique ne montrant pas de syndrome cervical significatif, n'a pas fait part d'autre élément particulier chez une assurée « au visage triste, et qui attribu[ait] son état dépressif à la persistance de la douleur, ainsi qu'à l'ancien contexte assécurologique de l'accident qui a[vait] provoqué le début de la symptomatologie » ;

- des rapports des 18 octobre 2017 et 24 avril 2018 relatifs à des infiltrations cervicales C6-C7 droite (du 18 octobre 2017) et C5-C6 droite (du 24 avril 2018) effectuées par les médecins de la Clinique de [...].

Malgré les objections formulées par l'assurée, l'OAI a, par décision du 25 octobre 2019, confirmé la teneur de son préavis de décision du 2 avril 2019.

**B.** Par acte du 25 novembre 2019, X.\_\_\_\_\_, représentée par Me Véronique Fontana, a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens que l'OAI est tenu de lui verser une rente entière, basée sur un degré d'invalidité de 100 %, « dès le 1<sup>er</sup> juin 2014 et ce, pour une durée indéterminée ». Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, la recourante a reproché à l'office intimé d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la capacité de travail retenue par l'OAI depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016. A titre de mesures

d'instruction, elle a sollicité la production du dossier complet en mains de l'intimé ainsi que la mise en œuvre d'une « expertise médicale ainsi que d'une expertise psychiatrique judiciaire afin d'établir que la recourante ne dispose manifestement pas des ressources lui permettant de surmonter ses douleurs, comme l'exige la jurisprudence ». Elle a en outre requis le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 12 novembre 2019.

Dans sa réponse du 9 janvier 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a également produit son dossier consultable auprès du greffe du tribunal.

Le 9 mars 2020, en réplique, maintenant ses précédentes conclusions, la recourante a insisté sur sa requête de mise en œuvre d'une expertise médicale et psychiatrique judiciaire en proposant des noms d'experts. Sous bordereau de pièces complémentaires, elle a produit les documents médicaux suivants :

- un rapport du 4 février 2020 établi par la Dre L.\_\_\_\_\_, médecin-assistante, de la Consultation de médecine générale du Centre universitaire de médecine générale et santé publique [...] ([...]) à [...], dont il ressort que les cervico-brachialgies bilatérales à prédominance droite affectant la recourante étaient stables avec douleurs sous forme de brûlures et allodynie de tout le bras droit, avec parfois fourmillement des 3-5. Ces symptômes étaient comparables à ceux décrits lors de la consultation neurologique de 2016 ;

- un rapport du 4 mars 2020 de la Dre Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, consultée depuis le 5 février 2020. Cette praticienne a décrit des signes et symptômes d'un épisode dépressif sévère et a attesté d'une incapacité de travail de l'assurée à 100 % depuis 2014, qualifiant l'évolution de l'état physique de défavorable à moyen et long terme au vu de la chronicité du trouble et la fragilité de l'intéressée.

Dans sa duplique du 21 avril 2020, produisant un avis du même jour de la Dre M.\_\_\_\_\_, du SMR, auquel il se ralliait, l'OAI a

derechef conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision attaquée, sans que de nouvelles investigations ne se justifiaient. Il a relevé que les dernières pièces médicales versées en cause n'étaient pas susceptibles de modifier sa position.

Par déterminations du 29 juin 2020, la recourante a indiqué, sur la base de la liste de médicaments établie par la Dre K. \_\_\_\_\_ ainsi que le rapport de consultation du 17 août 2017 du Dr T. \_\_\_\_\_, déjà produits à l'appui de ses objections sur le projet de décision du 2 avril 2019, présenter une incapacité de travail sur le plan psychique depuis août 2017. Elle persistait dans sa requête de nouvelles expertises. En annexe à son courrier, elle a joint un nouveau bordereau dont les pièces figuraient déjà au dossier.

Le 23 juillet 2020, l'OAI a confirmé que les derniers éléments versés en cause étaient connus des experts mandatés par ses soins, sans indice d'une aggravation significative de la situation depuis l'expertise bidisciplinaire en question. L'office intimé a maintenu sa position.

**C.** Par décision du 29 novembre 2019, X. \_\_\_\_\_ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 16 novembre précédant. Elle était exonérée du paiement d'avances et des frais judiciaires mais tenue de payer une franchise mensuelle de 100 fr. dès et y compris le 1<sup>er</sup> février 2020. Un avocat d'office en la personne de Me Véronique Fontana lui a été désigné.

### **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 porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé, par sa décision du 25 octobre 2019, à limiter le versement d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juin 2014 au 31 mars 2016 (soit trois mois après l'amélioration constatée à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016).

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**c)** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

**d)** Selon la jurisprudence récente, 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).

**e)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**f)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante,

n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**4. a)** En l'espèce, l'autorité intimée a mis fin à la rente entière d'invalidité allouée depuis le 1<sup>er</sup> juin 2014 avec effet au 31 mars 2016, au motif qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016, la recourante est à même de reprendre son activité habituelle à 80 %, et qu'elle ne présente donc plus de préjudice économique, selon l'art. 88a, al. 1 RAI.

Ne partageant pas ce point de vue, la recourante fait valoir qu'en dépit des traitements et des mesures de réadaptation effectués, son état de santé global défaillant justifie de lui reconnaître le droit la rente entière d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 100 %, dès le 1<sup>er</sup> juin 2014 et pour une durée indéterminée. Elle critique en particulier le caractère probant du volet psychiatrique de l'expertise des Drs G. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_ de l'automne 2018 qui, à ses yeux, n'a pas « tenu compte de tous les éléments utiles ». Elle allègue présenter notamment un état dépressif incapacitant depuis août 2017 et qui s'aggrave avec le temps.

**b)** L'expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) des Drs G. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_ retient des cervicalgies chroniques. Sans répercussion sur la capacité de travail, il est constaté un trouble anxieux et dépressif mixte léger secondaire à la douleur (F41.2), un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent de type fibromyalgique, un syndrome lombo-vertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire sans signe de discopathie, des omalgies sans signe de conflit ou de tendinopathie ainsi qu'un status post kystectomie ovarienne en 1996 et 2003.

**aa)** Sur le plan somatique, le rhumatologue G. \_\_\_\_\_ est complet et systématique dans son analyse du cas, sans que ses conclusions soient du reste contestées. L'expert a retenu l'atteinte cervicale (cervicalgies chroniques, status-post spondylodèse, discectomie et foraminotomie C5-C6) comme incapacitante depuis l'accident du 19 juin

2013 jusqu'à fin 2015. Depuis janvier 2016, soit six mois après la dernière opération chirurgicale, la capacité de travail retenue est de 100 % avec une baisse de rendement de 10 %. Les restrictions fonctionnelles retenues sont exclusivement en lien avec l'atteinte cervicale et les douleurs au membre supérieur droit. Le traitement prodigué est jugé adéquat et l'activité habituelle comme adaptée.

**bb)** Sur le plan psychique, il n'y a pas lieu de s'écarter du volet psychiatrique de l'expertise bidisciplinaire de septembre-octobre 2018. Le rapport d'expertise répond sur ce plan en effet aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante des rapports médicaux, étant précisé qu'en l'absence de diagnostic psychiatrique incapacitant, une appréciation en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée selon l'ATF 141 V 281 (cf. consid. 3d supra) n'a pas à être effectuée (TF 9C\_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2). L'expert psychiatre convainc dans la transcription de l'anamnèse et dans la description des plaintes et de l'état actuel constatés à sa consultation. Le consilium est certes succinct, mais il n'y avait en réalité pas de discussion particulière à porter sur des avis divergents et il ne contient aucune contradiction intrinsèque.

**cc)** Au moment d'apprécier la situation, sur les plans somatique (rhumatologique) et psychiatrique, les experts G.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ ont émis les considérations suivantes (rapport d'expertise du 22 novembre 2018 p. 19 s.) :

"10 EVALUATION CONSENSUELLE POUR LES EXPERTISES BIDISCIPLINAIRES

1. Evaluation médicale interdisciplinaire avec :
  - résumé de l'évolution de la maladie (sans anamnèse ni citation des expertises)
  - une explication/motivation des diagnostics actuels

Le résumé est bien décrit au point 7.1 et 7.2.

2. Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail :

Les diagnostics d'éléments pertinents ayant incidence sur la capacité de travail sont bien décrits au point 6.1 et 6.2.

3. Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

Les diagnostics d'éléments ayant incidence sur la capacité de travail sont bien décrits au point 6.1 et 6.2.

4. Evaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

Se référer à l'expertise psychiatrique.

5. Evaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Environnement social : l'environnement social est bien étayé surtout par sa famille : la personne assurée est soutenue par son mari pour effectuer ses activités de la vie quotidienne et ménagère.

La personne assurée ne présente que peu de ressources, n'arrivant pas à se projeter dans un avenir professionnel quelconque.

6. Contrôle de cohérence

L'évaluation du contrôle de cohérence est bien décrite au point 7.3.

7. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

**Du point de vue bidisciplinaire :** après discussion avec le Dr C.\_\_\_\_\_, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans son activité habituelle et antérieure est estimée à 100% avec diminution de rendement de 10% et ce, depuis janvier 2016.

En effet, en l'absence d'une atteinte à la santé handicapante du point de vue psychiatrique, cette personne assurée est capable de travailler à 100% (cf. expertise du Dr C.\_\_\_\_\_).

8. Capacité de travail dans une activité adaptée

**Du point de vue bidisciplinaire :** après discussion avec le Dr C.\_\_\_\_\_, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans une activité adaptée est estimée à 100%, avec diminution de rendement de 10%, sans diminution de rendement.

En effet, en l'absence d'une atteinte à la santé handicapante du point de vue psychiatrique, cette personne assurée est capable de travailler à 100% (cf. expertise du Dr C.\_\_\_\_\_).

9. Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout ?)

Les diagnostics ayant valeurs handicapantes décrits au point 6.1 permettent de motiver l'incapacité de travail globale.

Il ne s'agit pas d'une addition d'incapacité de travail mais d'une appréciation globale.

#### 10. Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

Les mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail sont déjà bien décrites aux points 8.3.”

Au jour de l’expertise, il n’y a donc pas de pathologie invalidante sur le plan psychiatrique qui valide un état anxieux dû à la douleur mais rend compte des ressources, alors que sur le plan somatique, on constate un traitement mené de manière adéquate qui ne peut rien apporter de plus, le socle somatique n’expliquant pas l’amplification de la douleur, alors que le pronostic reste bon en termes de ressources.

**dd)** Cet avis expertal bidisciplinaire ne saurait être remis en cause par les autres pièces médicales figurant au dossier.

Sur le plan somatique, le rapport d’[...] décrit un status essentiellement superposable à celui rapporté dans l’expertise et signale une stabilité de l’état de santé depuis 2016. Ce document ne mentionne par conséquent aucun élément médical laissant à penser que l’atteinte somatique ait été sous-estimée lors de l’expertise de l’automne 2018.

Sur le plan psychiatrique, la psychiatre Z.\_\_\_\_\_, médecin traitant, fait certes état d’un constat de dépression grave, mais elle n’a été consultée que depuis le 5 février 2020, soit postérieurement à la décision attaquée, comme relevé avec pertinence dans l’avis SMR du 14 avril 2020. Pour le reste, la liste des médicaments établie par la généraliste K.\_\_\_\_\_ ainsi que les constats opérés en août 2017 par le neurologue T.\_\_\_\_\_ ne sont pas à même de faire douter du bien-fondé de l’analyse établie par l’expert psychiatre dans le champ de ses compétences propres.

**c)** On ne voit en l’occurrence aucune raison de s’écarter des conclusions circonstanciées des experts G.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, dont les rapports d’expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) des

14 et 22 novembre 2020 remplissent à l'évidence les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante (cf. consid. 3f supra). Ces rapports sont en effet le fruit d'une analyse approfondie du cas, en ce qu'ils font état des plaintes exprimées par la recourante, comportent une anamnèse détaillée et décrivent le contexte déterminant. Reposant sur des investigations cliniques complètes et minutieuses, les répercussions fonctionnelles des troubles somatiques diagnostiqués par l'expert G. \_\_\_\_\_ sur la capacité de travail de la recourante emportent la conviction. Ce rapport procède d'une appréciation claire de la situation et il relève, en lien avec l'évolution de l'état de santé, l'absence de suivi par un psychologue ou par un psychiatre. Ces conclusions seront donc suivies.

**d)** Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause sur ses aspects médicaux. Un complément d'instruction apparaît inutile et les requêtes d'expertises supplémentaires formulées en ce sens par la recourante dans ses écritures doivent dès lors être rejetées (appréciation anticipée des preuves ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**5.** S'agissant du calcul du taux d'invalidité, établi selon la méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI et art. 8 al. 3 LPGA), et en particulier des éléments économiques retenus par l'intimé, il n'y a pas lieu de s'en écarter, la recourante n'ayant du reste soulevé aucun grief à cet égard.

**6. a)** S'avérant mal fondé, le recours doit par conséquent être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** 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, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'elle

a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

**c)** 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).

**d)** Par décision du juge en charge de l'instruction du 29 novembre 2019, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 16 novembre 2019 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Véronique Fontana. La liste des opérations produite le 19 août 2020 est excessive s'agissant du temps consacré à la finalisation du mémoire de recours : le temps pris pour l'étude du dossier et les recherches juridiques peut être confirmé, mais celui consacré au mémoire de recours, soit au total 600 minutes (10 heures), doit être réduit de moitié (5 heures au tarif de l'avocat-stagiaire). Le temps de relecture du mémoire par la mandataire facturé à 2 heures sera également réduit de moitié (1 heure). Il convient donc de déduire 1 heure de prestations au tarif de l'avocate et 5 heures à celui de l'avocat-stagiaire sur le temps tel que facturé (4 heures et 9 minutes de travail d'avocate et 10 heures et dix minutes de travail d'avocat-stagiaire). Il y a donc lieu d'arrêter à 2'125 fr. 35 l'indemnité de Me Fontana, correspondant à 3 heures et 9 minutes de travail, sur la base d'un tarif horaire de 180 fr., ainsi qu'à 14 heures et 10 minutes de travail, sur la base d'un tarif horaire de 110 fr., somme à laquelle il y a lieu d'ajouter la TVA au taux de 7,7 %, soit un total de 2'289 francs.

A ce montant, il convient d'ajouter les débours fixés forfaitairement à 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), avec TVA au taux de 7,7 % en sus, soit 114 fr. 45.

L'indemnité totale sera donc arrêtée à 2'403 fr. 45 (2'289 fr. + 114 fr. 45).

**e)** La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] ; art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

**Par ces motifs,**

**la Cour des assurances sociales**  
**prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 25 octobre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Véronique Fontana, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'403 fr. 45 (deux mille quatre cent trois francs et quarante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- VI.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Véronique Fontana (pour X. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :