

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 mars 2021

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
M. Neu, juge, et Mme Gabellon, assesseure  
Greffière : Mme Huser

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**L. \_\_\_\_\_**, au [...], recourante, représentée par l'Association pour la permanence de défense des patients et des assurés (APAS), à Genève,

et

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

---

**Art. 6, 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al.1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** Le 19 novembre 2014, L.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), né en 1973, a déposé une demande de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), dans laquelle elle faisait état d'une hernie discale cervicale opérée le 15 janvier 2014, avec rechute et burn-out en été 2014. Comme activité, elle mentionnait celle d'assistante administrative et préposée au contrôle des habitants à 65 % au sein de la Commune du [...] du 1<sup>er</sup> avril 2012 au 31 décembre 2014, avec la précision qu'elle avait été libérée dès le mois d'août 2014.

Il ressort du rapport initial de l'OAI du 5 décembre 2014 ce qui suit :

« Cette jeune femme, vivant en couple avec son compagnon originaire du [...], a un enfant de 4 ans. Elle nous explique avoir travaillé comme secrétaire au contrôle des habitants de sa commune depuis plusieurs années.

En été 2013, suite à des difficultés avec des cervicales, elle a subi une opération avec la pose d'une cage. Le retour au travail a été difficile, mais s'est fait après deux mois d'IT [incapacité de travail]. La bénéficiaire dit avoir précipité son retour au travail car son employeur lui a proposé un nouveau poste. En effet, suite à une démission, elle s'est vu offrir la possibilité de prendre une fonction avec plus de responsabilités. Ce nouveau poste de travail s'est accompagné de difficulté car elle s'est sentie peu soutenue dans sa formation et peu comprise par ses supérieurs. A cela, se sont ajoutées des douleurs aux cervicales.

Soucieuse de la bonne relation de travail avec son employeur, elle a choisi d'en discuter. Un arrangement a été trouvé avec l'employeur qui l'a licencié en la libérant de son obligation de venir travailler dès le mois d'août 2014. De cette manière, la bénéficiaire permettait à son employeur de rechercher quelqu'un pour la remplacer et la bénéficiaire semblait protéger son droit aux prestations du chômage.

Toutefois, la situation de santé s'est empirée et voyant qu'un retour sur le premier marché de l'emploi serait difficile la bénéficiaire présente un certificat d'IT depuis novembre 2014. Elle nous dit qu'elle vient de débiter un suivi avec une psychiatre. Elle l'a vue à une reprise, mais un suivi hebdomadaire est envisagé. »

L'état de santé de l'assurée n'étant alors pas stabilisé, elle n'a pas déposé de demande de prestations d'invalidité dans l'immédiat.

**B.** C'est en effet le 27 février 2015 que l'assurée a déposé une telle demande auprès de l'OAI, invoquant les mêmes atteintes que dans le formulaire de détection précoce. Il était précisé qu'elle était en incapacité de travail totale depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2014.

Le dossier de l'assurée, constitué auprès d'I. \_\_\_\_\_ (I. \_\_\_\_\_), assureur perte de gain, a été versé au dossier AI.

Dans un rapport du 2 février 2015 à I. \_\_\_\_\_, la Dre R. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en charge du suivi de l'assurée depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2014, a retenu les diagnostics de troubles de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22), de burnout (F73.0), de status après intervention neurochirurgicale de la colonne cervicale pour hernie discale en janvier 2014 avec des douleurs cervicales résiduelles. Elle a expliqué qu'à la suite de l'intervention chirurgicale, la patiente avait repris le travail mais dans le contexte d'un poste à responsabilité avec une surcharge de travail et persistance des douleurs cervicales importantes, elle avait développé une symptomatologie anxieuse et dépressive. Une incapacité de travail de 100% était attestée sur le plan psychiatrique du 1<sup>er</sup> janvier au 28 février 2015. La patiente suivait un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré hebdomadaire. Le pronostic de l'affection psychiatrique apparaissait favorable vu une légère amélioration de la symptomatologie anxieuse et dépressive mais il restait difficile, pour la thérapeute, de formuler un pronostic concernant la récupération de la capacité de travail de sa patiente vu la présence concomitante de l'affection somatique. Il paraissait, selon elle, important d'envisager une reprise de travail progressive dès que l'évolution des douleurs cervicales le permettrait.

Répondant au formulaire de l'OAI quant à la détermination de son statut, l'assurée a indiqué, le 17 mars 2015, qu'elle travaillerait à un taux d'activité de 65-70% sans atteinte à sa santé.

Dans le questionnaire adressé par l'OAI à l'employeur de l'assurée, celui-ci a précisé, le 23 mars 2015, qu'elle exerçait une activité à

raison de 21h15 par semaine, étant précisé que l'horaire de travail à 100% était de 41h30 par semaine.

Dans un rapport du 20 avril 2015, la Dre R. \_\_\_\_\_ a maintenu l'incapacité de travail de sa patiente à 100%.

Dans un rapport initial du 21 juillet 2015, le service de réinsertion professionnelle de l'OAI a écrit ce qui suit :

« Les douleurs résiduelles à la nuque persistent, même si elles sont moins aiguës. Chaque activité du quotidien (vaisselle, conduite, préparer le repas) engendrent progressivement des douleurs cervicales. En outre, ce sont des douleurs au bas du dos qui se sont propagées dernièrement et une IRM [imagerie par résonance magnétique] a été faite (sic) la semaine précédente, qui, selon l'assurée, annonce des « pré hernie (sic) » au niveau lombaire.

Mécontente du suivi médical avec son MT [médecin traitant] (Dr B.P. \_\_\_\_\_ [sic]), elle a changé depuis peu pour le Dresse C. \_\_\_\_\_. De plus, elle dit ne pas avancer avec son psychiatre et bénéficier d'un suivi par une naturopathe qui lui fait du bien. Elle dit à présent vouloir consulter au plus vite un rhumatologue.

Madame évoque les nombreux suivis ou activités qu'elle entreprend : physiothérapie, ostéopathie, naturopathie, psychothérapie, hypothérapie, céramique.

Au niveau psychologique, ces sont ses atteintes somatiques sur la colonne vertébrale qui la minent et l'empêche de pouvoir avancer dans sa vie. Elle évoque aussi le fait qu'elle doit tout porter au niveau familial, en s'occupant de son mari et de son intégration en Suisse et de sa maman malade psychiquement. »

Le service précité en a conclu que l'instruction devait se poursuivre, dès lors que la situation médicale de l'assurée n'était pas stabilisée.

Une note d'entretien téléphonique du 21 juillet 2015 entre la spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI et M. M. \_\_\_\_\_ de la Commune du [...] faisait état de ce qui suit :

« Selon M. M. \_\_\_\_\_, Mme avait commencé son AH [activité habituelle] en 04.2012 à 50%, à 3'077.40/mois x12. Début 2013, elle touche pendant deux mois 3'143.60 avant de passer [...] - par choix personnel pour s'occuper de son enfant - à 65%, pour 4'086.70.-/mensuel.

Début 2014, elle touche 4172.- mensuel x 12 à ce même taux. Ce seront les annuités et non pas l'augmentation en lien avec sa nouvelle fonction (qui n'a donc pas engendré d'augmentation salariale). »

Le 22 septembre 2015, la Dre C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée depuis le 14 juillet 2015, a mentionné la présence de cervicalgies, de lombalgies ainsi que d'une anxiété généralisée, l'assurée présentant toujours une incapacité de travail totale.

Le 30 septembre 2015, le Dr Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie et chef de clinique adjoint au sein du Service de neurochirurgie de la Polyclinique du Centre hospitalier Z.\_\_\_\_\_, a fourni, à la demande de l'OAI, plusieurs rapports médicaux, dont :

- un rapport du 31 janvier 2014 des Drs S.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint, et T.\_\_\_\_\_, médecin assistant, au sein du Service précité, adressé au Dr B.P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant d'alors de l'assurée, dans lequel ils mentionnaient que la patiente avait séjourné dans le service du 14 au 18 janvier 2014. Une hernie discale C5-C6 latéralisée vers la droite ayant été diagnostiquée, une intervention avait été réalisée le 15 janvier 2014, consistant en une cervicotomie par voie antérieure gauche et micro-discectomie C5-C6 avec arthrodèse par cage Cornerstone. Les suites postopératoires avaient été simples avec disparition des cervicobrachialgies. Il persistait une contracture cervicale post-opératoire qui avait bien répondu au traitement de Valium®. Une radiographie cervicale de contrôle effectuée le 17 janvier 2014 montrait une mise en place correcte du dispositif d'arthrodèse. Les médecins attestaient une incapacité de travail à 100% jusqu'au 28 février 2013, avec une reprise à réévaluer ;
- un rapport du 22 mai 2014 adressé au Dr B.P.\_\_\_\_\_, dans lequel les Drs S.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, médecin assistant, confirmaient la bonne évolution postopératoire. Une reprise progressive du travail était prévue ;

- un rapport du 15 juillet 2014 au Dr B.P.\_\_\_\_\_, dans lequel le Dr Y.\_\_\_\_\_ mentionnait que la patiente présentait, depuis quelques mois, des cervicalgies isolées non irradiantes latérales à connotation musculaire accentuées par l'activité physique et professionnelle et soulagées par le repos, ainsi qu'une disparition complète, dans l'évolution postopératoire, des cervicobrachialgies. Ce médecin constatait que la cage intersomatique était discrètement antérieure mais immobile sur les radiographies flexion/extension ;
- un rapport du 23 février 2015 du Dr Y.\_\_\_\_\_ au Dr B.P.\_\_\_\_\_, dans lequel il était notamment fait état de ce qui suit:

**« Examens complémentaires**

*Radiographie cervicale du 23.01.2015: montre un bon positionnement de la cage.*

**Problèmes et attitude**

La patiente présente un status une année post cervicotomie C5-C6 pour pose de cage Cornerstone dans le contexte d'une hernie discale C5-C6. Disparition complète des brachialgies C6 droites. Cervicalgies modérément en amélioration, mais persistantes.

D'un point de vue neurochirurgical, j'ai expliqué à la patiente qu'il n'y a pas d'argument pour proposer un nouveau geste chirurgical compte tenu du bon positionnement de la cage et de la récupération du déficit neurologique. Je propose la poursuite des mesures de physiothérapie à but antalgique, ainsi que pour les contractures de la musculature cervicale. »

Dans un avis du 31 mai 2016, le Dr W.\_\_\_\_\_ du Service médical régional AI (SMR), après avoir examiné les pièces produites, a mentionné ce qui suit :

« Assurée de 42 ans, suisse, célibataire, 1 enfant (2011), active entre 65-70%, ayant un diplôme d'assistante de direction, travaillant en tant que secrétaire, ayant présentée (sic) une hernie discale cervicale droite C5-C6 occasionnant ces cervicobrachialgies, avec discectomie et mise en place d'une cage le 15.1.2014. Une IT de 100% est validée depuis le 1.1-13.3.2014, puis de 70 % du 14.3-14.4.2014, enfin de 100% du 3.11.2014-28.2.2015 selon la lettre de la I.\_\_\_\_\_ du 12.3.2015. L'assurée est licenciée le 1.12.2014. L'IT est également due à un trouble de l'adaptation selon le psychiatre traitant le Dr. R.\_\_\_\_\_ dans son RM [rapport médical] du 20.4.2015 qui la fait débuter au 1.1.2015. Cependant, son rapport n'est pas clair au point 1.7 où elle définit « une IT de 100% sur le plan psychiatrique avec une activité exercée jusqu'à maintenant comme exigible », ce qui représente une contradiction dans les termes.

L'assurée a changée (sic) de médecin traitant généraliste et est suivie actuellement par le Dr. C. \_\_\_\_\_ qui valide une IT de 100% depuis le 1.8.2015, date de la prise en charge dans son RM du 22.9.2015.

Les RM de la consultation du neurochirurgien n'évaluent pas la CT [capacité de travail], mais démontrent une amélioration des brachialgies, les cervicalgies persistant malgré relaxants musculaire et physiothérapie, et ne nécessitent pas de nouveau geste chirurgical, la cage restant en place.

L'instruction ne nous permet pas de nous déterminer. Pour sa poursuite:

- Nous écrivons une lettre au psychiatre traitant.
- D'autre part, l'assurée avait déclaré vouloir consulter un rhumatologue. Merci de vous renseigner à ce sujet et d'adresser à celui-ci un rapport médical initial. A défaut de consultation, il sera nécessaire de nous informer rapidement car le délai de carence étant échu, une expertise rhumatologique voire plus devrait être envisagée. »

Il ressort d'une note du 14 juin 2016 relative à un entretien téléphonique entre la Dre R. \_\_\_\_\_ et le Dr W. \_\_\_\_\_ que l'assurée avait cessé son traitement auprès de la Dre R. \_\_\_\_\_ depuis juillet 2015, date butoir, selon cette dernière, de l'incapacité de travail à 100% au plan psychiatrique.

Par courrier du 15 juin 2016 à l'OAI, l'assurée l'a informé qu'elle n'avait pas donné suite à la consultation rhumatologique effectuée au Centre hospitalier Z. \_\_\_\_\_ en été 2015 et qu'elle était suivie par son médecin traitant, un ostéopathe, des physiothérapeutes, ainsi que par une naturopathe.

Dans un rapport du 4 juillet 2016 à l'OAI, la Dre C. \_\_\_\_\_ a mentionné les diagnostics de cure de hernie discale cervicale droite en 2014, avec persistance des cervicalgies et névralgies cervico-brachiales à droite, de lombalgies sur scoliose, de syndrome dépressif et de troubles du sommeil. Elle a précisé que l'évolution de l'état de santé de sa patiente était stationnaire et que la capacité de travail était nulle depuis le 1<sup>er</sup> août 2015. Une capacité de travail dans une activité adaptée était d'une heure au maximum dans la même position, les douleurs étant insupportables en marchant ou en étant assise ou couchée longtemps, ceci depuis 2013. Les

limitations fonctionnelles étaient les douleurs. La compliance aux traitements (anti-inflammatoires non stéroïdiens, antalgiques, stilnox et physiothérapie) était bonne.

Par avis SMR du 19 août 2016, le Dr W.\_\_\_\_\_ a préconisé la mise en œuvre d'une expertise externe ou d'un examen rhumatologique au SMR.

Dans un rapport du 31 août 2016 à la Dre C.\_\_\_\_\_, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a relevé que la patiente avait été opérée en janvier 2014 d'une très volumineuse hernie discale C5-C6 et que la reprise de l'activité professionnelle n'avait été possible que pendant quelques mois. Depuis plusieurs mois, les douleurs dans le bras droit avaient recommencé de manière variée, diffuse, irradiant jusqu'au niveau de la face latérale de la cage thoracique pouvant remonter au niveau cervical dans les deux mâchoires. La patiente décrivait également des lombalgies. L'examen clinique était relativement pauvre. Il existait une scoliose, se traduisant par un déséquilibre du bassin, des épaules et certainement un retentissement musculaire qui était à l'heure actuelle à l'origine des douleurs variées. Il n'y avait pas d'indication chirurgicale. En ce qui concernait les douleurs au bras, il s'agissait très certainement d'une atteinte séquellaire compte tenu de la taille de la hernie cervicale. Le médecin proposait de réaliser un électroneuromyogramme des membres supérieurs ainsi que des radiographies de l'ensemble de la colonne en charge afin de mieux évaluer l'équilibre sagittal de la patiente.

L'examen clinique rhumatologique, effectué par le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a eu lieu le 9 septembre 2016 au SMR. Dans le rapport y relatif du 6 octobre 2016, le Dr N.\_\_\_\_\_ a expliqué, concernant la colonne cervicale, qu'il y avait eu, dans un premier temps, une évolution favorable après l'opération du 15 janvier 2014. Les douleurs avaient ensuite augmenté après la reprise du travail et dès l'automne 2015, l'assurée décrivait une extension des douleurs. Bien que l'examen clinique était rassurant au niveau cervical au vu de la bonne mobilité, de l'absence de radiculopathie, de l'absence de

mesures de protection articulaire, l'évolution au niveau radiologique était défavorable. En effet, le médecin précité a constaté un enfoncement de la cage intersomatique au niveau du plateau supérieur de C6. Dès lors que les dernières radiographies remontaient au 23 janvier 2015, il y avait lieu de ré-adresser l'assurée auprès des neurochirurgiens du Centre hospitalier Z. \_\_\_\_\_ afin de refaire un contrôle radiologique et d'évaluer, en cas de nouveau déplacement de la cage, l'indication à une reprise chirurgicale. Le Dr N. \_\_\_\_\_ a également relevé que toutes les douleurs présentées par l'assurée ne s'expliquaient pas par les pathologies du rachis (déplacement de la cage intersomatique, scoliose, discrète discopathie L4-L5 et L5-S1) et a signalé que lors de l'examen du jour, les critères diagnostiques pour une fibromyalgie étaient présents. Ce diagnostic ne pouvant toutefois être posé qu'en cas de persistance de la symptomatologie douloureuse diffuse durant plus de trois mois, il y avait lieu de revoir l'assurée après ce délai. Le Dr N. \_\_\_\_\_ a également préconisé une évaluation conjointe par un psychiatre afin de rechercher une comorbidité psychiatrique pouvant expliquer les douleurs. Il estimait que le déplacement de la cage intersomatique en C5-C6 justifiait une limitation des contraintes mécaniques exercées sur cette région afin de ne pas favoriser des déplacements supplémentaires. Il y avait ainsi lieu de limiter les activités prolongées exercées en hauteur, le soulèvement de charges au-delà de 5 kg, les mouvements répétitifs ou les postures statiques de la colonne cervicale. Le médecin précité a en outre relevé les bonnes ressources physiques de l'assurée malgré les douleurs, tout en concluant que l'évolution défavorable de la spondylodèse avec déplacement de la cage, impliquait, sur le plan rhumatologique, une baisse de rendement de 25% dès le 3 novembre 2014, même dans une activité légère. A titre de diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, il a au final retenu des cervicalgies chroniques dans le cadre du déplacement d'une cage intersomatique en C5-C6 (M54.2) et comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail des lombalgies chroniques dans le cadre d'une scoliose dorsolombaire, d'une discrète discopathie L4-L5 et L5-S1 (M54.5), ainsi que des douleurs de type fibromyalgie.

Dans un rapport SMR du 17 octobre 2016, le Dr W.\_\_\_\_\_ a proposé la mise en œuvre d'un examen psychiatrique auprès de ce service, avec consensus rhumatologique, dès lors que le Dr N.\_\_\_\_\_ avait retenu le diagnostic de « douleurs de type fibromyalgie » se surajoutant à la problématique rachidienne, ceci afin de tenir compte de la jurisprudence du Tribunal fédéral en lien avec les atteintes psychiatriques.

L'examen clinique psychiatrique a eu lieu le 6 décembre 2016. Dans le rapport consensuel du 21 février 2017 de la Dre G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et du Dr N.\_\_\_\_\_, l'appréciation, sur le plan rhumatologique, que celui-ci avait émise dans son rapport du 6 octobre 2016 a été reprise dans les grandes lignes, en tenant compte de la dernière IRM de la colonne totale effectuée le 24 novembre 2016, qui confirmait une évolution défavorable au niveau cervical. En effet, outre une cage intersomatique située antérieurement et enfoncée à la partie antérieure du corps supérieur de C6, une dégénérescence discale des segments adjacents était constatée. Toutefois, la hernie discale C4-C5 médiane, le bombement discal C6-C7 et la protrusion discale C7-D1 ne provoquaient pas de conflit radiculaire ni de myolopathie ce que confirmait le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, lors de son examen du 14 octobre 2016. Comme dans son rapport précédent, le Dr N.\_\_\_\_\_ n'a retenu aucune limitation fonctionnelle au niveau dorsolombaire, dès lors que l'assurée présentait des lombalgies communes non déficitaires qui ne justifiaient pas d'incapacité de travail durable dans une activité de bureau. Il a également posé le diagnostic de fibromyalgie. Au niveau psychiatrique, la Dre G.\_\_\_\_\_ a notamment mentionné ce qui suit :

« [...] »

Durant l'examen psychiatrique, l'assurée n'arrête pas de bouger mais cette activité motrice n'a pas été objectivée durant l'examen rhumatologique. Elle est debout et oscille dans un mouvement de balancier latéral sans arrêt. Quand il est demandé à l'assurée de bien vouloir se rasseoir, elle dit qu'elle présente des douleurs qui contractent ses muscles et que donc, dans ce cadre-là, elle doit bouger. L'examen psychiatrique connaît donc une petite interruption, afin que l'assurée puisse se rasseoir sur la chaise. Après cette interruption, l'assurée enlève ses chaussures et s'accroupit sur la chaise. L'agitation motrice de l'assurée est très démonstrative.

L'assurée se montre informative durant l'entretien, mais elle donne de nombreux détails qui ne sont pas nécessaires. L'assurée se montre donc très active durant l'entretien, elle s'anime.

L'assurée ne présente aucun trouble de l'attention, ni de la mémoire ni de la concentration. L'assurée ne présente aucun signe floride de la lignée psychotique, l'assurée ne présente aucune idée délirante.

L'assurée ne présente aucune attaque de panique, ni anamnétique ni en cours d'examen. L'assurée, en cours d'examen, ne présente aucune attente craintive ni tension psychomotrice. L'assurée ne présente donc aucun symptôme indicateur d'un trouble d'anxiété généralisée.

L'assurée ne présente aucun trouble phobique ni obsessionnel.

Sur le plan de la thymie, l'assurée présente une baisse légère de la thymie. L'assurée ne présente pas de baisse de l'intérêt et du plaisir. En effet, l'assurée entretient des relations sociales régulières avec des amies. L'assurée s'occupe de son enfant. L'assurée ne présente pas de baisse du dynamisme puisqu'elle a des activités continues de 06.15 à 22h30, activités consacrées à l'entretien de la maison, aux soins de l'enfant, aux activités personnelles, aux hobbies sous forme de promenades quotidiennes et régulières.

L'examen des critères mineurs d'une pathologie dépressive a néanmoins été fait. Il n'y a pas d'effondrement de l'estime de soi et de de la confiance en soi ; il n'y a pas de diminution de la concentration ni de l'aptitude à penser ; il existe de l'agitation psychomotrice, qui n'a pas été observée durant l'examen rhumatologique pratiqué juste auparavant, démonstrative, il n'y a pas de trouble de l'appétit avec perte ou augmentation du poids récente ; il n'y a pas de trouble de l'endormissement, seuls quelques troubles du réveil en relation avec la pathologie douloureuse; l'assurée mentionne la présence de façon itérative d'idées noires non scénarisées, sans aucune tentative de passage à l'acte. L'assurée présente seulement un symptôme du syndrome somatique de la dépression, à savoir une diminution de la libido. L'assurée ne présente donc pas de pathologie dépressive caractérisée.

Le diagnostic de fibromyalgie posé par le rhumatologue doit être apprécié à l'aune des ressources disponibles de l'assurée. Nous avons vu que l'assurée présente de bonnes ressources psychiques, mises en évidence aux chapitres consacrés au contexte psychosocial et à la vie quotidienne. Nous rappellerons donc encore une fois que l'assurée a plusieurs diplômes et certificats attestant notamment de ses compétences linguistiques. L'assurée présente de bonnes ressources psychiques, eu égard [à] l'activité continue qu'elle présente tous les jours de la semaine. En effet, elle se lève relativement tôt, vers 06h15, pour se coucher à 22h00 ou 22h30, en ayant eu la journée entièrement occupée, soient les soins de l'enfant, les activités ménagères, les activités personnelles. L'assurée a également un hobby, à savoir le fait qu'elle aime la nature et qu'elle aime se promener. Les promenades sont quotidiennes. L'assurée a également de bonnes relations sociales puisqu'elle va rendre visite à des amies, à son père. L'assurée va rendre visite régulièrement à sa mère résidant en EMS [établissement médico-social].

Dans ces conditions, le diagnostic de fibromyalgie n'a pas de caractère incapacitant.

Nous pouvons conclure que l'assurée ne présente actuellement pas d'atteinte à la santé incapacitante. L'examen psychiatrique de ce jour et la parfaite organisation de la vie quotidienne de l'assurée démontrent donc une amélioration manifeste de l'état de santé de l'assurée. Cette amélioration est encore attestée par la cessation de tout suivi psychiatrique spécialisé depuis juillet 2015. Comme nous l'avons vu, l'assurée bénéficie d'un suivi régulier chez son médecin-traitant. Une aide psychologique supplémentaire afin de la rassurer, de l'aider à gérer ses douleurs pourrait lui être proposée. »

Les médecins du SMR ont ainsi conclu leur rapport en répondant aux questions comme suit :

#### **« Limitations fonctionnelles**

*Sur le plan rhumatologique,*

*Colonne cervicale :* activité prolongée au-dessus de l'horizontale, soulèvement de charges au-dessus de 5 kg, postures statiques de la colonne cervicale ou mouvements répétitifs en flexion-extension ou en rotation. L'assurée devrait avoir la possibilité de changer de position toutes les heures.

*Sur le plan psychiatrique,* en l'absence de diagnostic psychiatrique, nous ne retenons pas de LF.

#### **Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?**

*Sur le plan rhumatologique,* il y a une IT de 100 % depuis le 01.11.2013, suite à la décompensation de la hernie cervicale C5-C6.

*Sur le plan psychiatrique,* l'assurée a présenté une incapacité de travail totale suite à son licenciement à partir du 01.01.2015, conformément au rapport de son psychiatre-traitant.

#### **Comment le degré d'incapacité de travail et le rendement ont-ils évolué depuis lors ?**

*Sur le plan rhumatologique,* l'IT est de 30 % du 14.03.2014 au 14.04.2014, de 0 % du 15.04.2014 au 02.11.2014, puis une baisse de rendement de 25 % à partir du 03.11.2014, sans prendre en compte l'aspect psychiatrique.

*Sur le plan psychiatrique,* l'incapacité de travail totale a duré jusqu'en juillet 2015, conformément au rapport du psychiatre-traitant. Depuis lors, l'assurée présente une capacité de travail totale.

**Concernant la capacité de travail exigible,** elle est déterminée sur le plan rhumatologique par la diminution de la tolérance aux contraintes mécaniques de la région cervicale suite à l'évolution défavorable d'une spondylodèse C5-C6. Cette évolution défavorable

explique une baisse de rendement de 25 % même dans une activité légère.

*Sur le plan psychiatrique, la question est sans objet.*

### **Pronostic**

*Sur le plan rhumatologique, un traitement de la fibromyalgie devrait être mis en place. Il s'agit d'un traitement de longue durée, avec un axe psychothérapeutique et un axe psychiatrique.*

*Sur le plan psychiatrique, la question est sans objet.*

### **CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE**

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE DE SECRÉTAIRE : 75 %  
DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 75 %

DEPUIS LE : 03.11.2014 jusqu'au 31.12.2014. Une incapacité de travail totale du 01.01.2015 jusqu'au mois de juillet 2015. Puis, à partir du mois d'août 2015, une capacité de travail exigible de 75 % dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. »

Dans un rapport SMR du 27 février 2017, le Dr W. \_\_\_\_\_ a repris l'appréciation des médecins figurant dans le rapport d'examen clinique psychiatrique et rhumatologique du 21 février 2017.

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée au domicile de l'assurée le 5 avril 2017. Du rapport y relatif, établi le 25 avril 2017, il résulte notamment ce qui suit :

#### **« Motivation du statut :**

Il est difficile pour l'assurée de donner un chiffre précis pour son taux de travail en bonne santé.

Elle a toujours travaillé dans le privé et dit que le nombre d'heure est légèrement plus bas soit de 40 heures par semaine.

Avant la naissance de son fils, elle a travaillé à 100%. Par la suite, elle travaillait 3 jours par semaine, l'assurée ne se rappelle plus de ses horaires de travail et ne peut donc pas dire le nombre d'heure qu'elle faisait par jour. Lors de son retour au travail à la commune en 2014, elle a accepté un poste avec plus de responsabilités. Elle a dû travailler 3 jours et demi afin d'assumer la totalité de ses tâches.

Le fait de travailler 3 jours par semaine lui permettait de s'occuper de son fils et de la gestion des différentes tâches du quotidien : ménage, lessive, repas, courses et administratifs pour toute la famille. Son fils était chez la maman de jour. Financièrement, le couple avait un revenu de 6900.- par mois, sans 13ème salaire. Cela suffisait à faire vivre la famille, l'assurée dit qu'ils n'étaient pas riches mais qu'ils fonctionnaient.

Aujourd'hui, en bonne santé, l'assurée dit qu'elle travaillerait 3 jours par semaine afin de s'occuper de son fils et des tâches du quotidien.

Pour la garde de son fils, elle a pensé aux UAPE [Unité d'accueil pour écoliers] ou à une maman de jour. Cela lui paraît possible financièrement car il n'y aurait pas beaucoup plus de frais que lorsque son fils n'était pas scolarisé.

**Statut proposé par l'enquêtrice :**

Selon les propos de l'assurée, le nombre d'heure dans son domaine professionnel est de 40 heures par semaine pour un 100%.

Dans le rapport employeur du 23.03.2015, le 100% est de 41h30. L'assurée a débuté en 2012, elle faisait 20h45 ce qui correspond à un 50%.

La note d'entretien de son dernier employeur du 21.07.2015 précise : l'assurée a débuté en 2012 à 50%, elle a augmenté en 2013 à 65% pour raisons familiales. En 2014, elle a changé de fonction mais pas de taux de travail. Nous n'avons pas le nombre d'heure faite par semaine mais uniquement le salaire mensuel.

L'assurée ne sait plus le nombre d'heure qu'elle faisait par jour, elle ne se souvient plus de ses horaires de travail. Nous ne trouvons aucunes informations concernant le nombre d'heure à 65 % dans le rapport employeur. L'assurée ne nous a pas fait part d'un contrat particulier disant qu'elle fait plus d'heure par jour afin de pouvoir faire son nombre d'heure sur 3 jours et non sur 3.5 jours.

L'assurée dit qu'en bonne santé, elle travaillerait 3 jours par semaine soit un 60 %.

Les propos peu clairs de l'assurée concernant le nombre d'heure et ses horaires de travail, ne nous permettent pas de valider un 65 ou un 70 %.

En nous basant sur les informations de l'assurée, il convient de la considérer

**Active à 60% et ménagère à 40%**

[...] »

Par projet de décision du 9 février 2018, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui octroyer un trois quarts de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> août 2015 (six mois après le dépôt de la demande) au 31 octobre 2015 (fin des trois mois d'amélioration), la prestation étant supprimée à compter de cette date.

Par courrier du 10 mars 2018, l'assurée s'est opposée au projet précité. Elle a rappelé qu'elle était suivie depuis septembre 2017 par un chiropraticien (douze séances effectuées à ce jour), qu'elle était également traitée par bio-résonance depuis le printemps 2016 et qu'elle prenait, depuis le mois de novembre 2016, un anti-inflammatoire sous forme de phytothérapie. Elle était en parallèle toujours suivie par une physiothérapeute à raison d'une fois par semaine. Elle a en outre contesté l'appréciation des médecins du SMR et, notamment, le fait que la

psychiatre du SMR n'avait pas tenu compte de son rôle de proche aidante auprès de sa mère qui souffrait de graves problèmes psychiatriques, ce qui l'avait épuisée et avait conduit à une surcharge importante. A l'appui de son opposition, elle a produit un avenant au 1<sup>er</sup> mars 2013 au contrat d'engagement d'assistante administrative du 21 mars 2012, selon lequel, d'entente entre les parties, son taux d'activité était augmenté de 50% à 65% dès le 1<sup>er</sup> mars 2013, ainsi qu'un second avenant au 1<sup>er</sup> mai 2014, par lequel il était décidé, d'entente entre les parties, que l'employée prenait la fonction, dès cette date, de préposée au contrôle des habitants et à la police des étrangers.

Elle a également produit un rapport du 16 février 2017 du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, dans lequel ce médecin a notamment retenu ce qui suit:

« [...]

**Bilan radiographique :**

*Colonne cervicale face/profil et obliques et clichés dynamiques en flexion-extension du 01.03.2017 démontre : cage intersomatique C5-C6 antérieure. Pas d'anomalie disco-somatique sus et sous-jacente. Les murs postérieurs des différentes vertèbres cervicales sont normalement alignés, sans signe d'instabilité disco-vertébrale notamment de listhésis sur les clichés dynamiques. Les trous de conjugaison, sont de calibre préservé. Respect des pédicules et des massifs interfaccettaires postérieurs. Pas de signe de sténose canalaire constitutionnelle. Respect de l'espace laminaire de sécurité postérieure.*

[...]

**Appréciation :**

Madame L.\_\_\_\_\_ est confrontée à une atteinte bifocale sous forme : de cervico-scapulalgies en cape prédominant à droite, status après cure de hernie discale C5-C6 et mise en place d'une cage, ainsi qu'à des lombopygialgies. L'examen neurologique permet d'exclure une irritabilité neuroméningée ou des signes neurologiques séquellaires. Sur le plan structurel, Madame L.\_\_\_\_\_ est connue pour une scoliose rotation sinistro-convexe lombaire, dextro-convexe thoracique équilibrée en sagittal, malgré l'accentuation des courbures naturelles : cyphotique et lordotique. Comme facteurs de risques complémentaires on recense *une* hypermobilité articulaire marquée, mais sans signe d'hyperélasticité cutanée, expliquant l'effondrement axial et les tendomyogéloses cervico-scapulaires en cascade dans le cadre d'un syndrome de Brügger. En outre, il existe des troubles de la récupération nocturne d'une part, et d'autre part des troubles dysfonctionnels digestifs, autant de facteurs pouvant contribuer à la composante tensionnelle généralisée existante, impliquant une

demande de compensation récurrente aboutissant à un cercle vicieux de syndrome douloureux auto-entretenu. En toile de fond finalement, se dessine un état dépressif réactionnel sous forme de frustration, sentiment de dévalorisation, de culpabilité, de fatigabilité chronique, diminution marquée du plaisir dans les diverses activités, d'une rancoeur vis-à-vis des suites de son intervention neurochirurgicale et finalement d'un sentiment d'injustice de non reconnaissance de son handicap fonctionnel vis-à-vis des instances asséculo-logiques.

Sur le plan thérapeutique, il serait primordial qu'elle puisse disposer d'une approche multimodale interdisciplinaire, avec une rééducation physique visant à améliorer la stabilisation musculaire d'une façon générale et l'ajustement postural, s'accompagnant également parallèlement d'une prise en charge psychologique. »

Dans un rapport SMR du 4 septembre 2018, la Dre H. \_\_\_\_\_ a mentionné que le rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ n'amenait pas d'éléments nouveaux et a en conséquence maintenu les conclusions du précédent avis SMR du 27 février 2017 qui se fondait sur le rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique du 21 février 2017.

Le 11 octobre 2018, l'assurée, sous la plume de l'Association pour la permanence de défense des patients et des assurés (APAS), a déposé des observations complémentaires.

Le 13 décembre 2018, l'assurée a produit un rapport de la Dre C. \_\_\_\_\_ du 5 septembre 2018 adressé à l'APAS, dans lequel cette médecin précisait que les limitations fonctionnelles consistaient en des limitations dues aux douleurs cervicales, lombaires, des trapèzes et de douleurs au bras droit. Elle relevait par ailleurs que les examens cliniques rhumatologique et psychiatrique réalisés par le SMR étaient très détaillés et informatifs. Selon elle, la capacité de travail de sa patiente était nulle dans l'activité habituelle de secrétaire et de 25 à 30% dans une activité adaptée, permettant de pouvoir changer de position toutes les heures, de limiter le port de charges lourdes ainsi que d'avoir la possibilité de mobiliser la colonne, en raison des atteintes à sa santé physique.

Par décision du 8 novembre 2019, confirmant le projet du 9 février 2018, l'OAI a alloué à l'assurée un trois-quarts de rente du 1<sup>er</sup> août 2015 au 31 octobre 2015, en tenant compte d'un préjudice économique de 63,4 %.

**C.** Par acte du 9 décembre 2019, la recourante, par l'intermédiaire de l'APAS, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, contre la décision précitée, en concluant principalement à son annulation et à ce que le droit à une rente d'invalidité entière lui soit reconnu dès le 1<sup>er</sup> août 2015 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (neurochirurgie, rhumatologie, psychiatrie et de médecine interne). Elle reproche à l'intimé d'avoir mal instruit sa situation médicale et administrative. Sur le plan somatique, elle relève qu'il n'a pas été tenu compte du rapport du 5 septembre 2018 de la Dre C. \_\_\_\_\_ et que le SMR n'a pas fait une bonne lecture du rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 16 février 2017. Elle expose en outre que la persistance des douleurs l'a amenée à consulter le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie. Elle produit, à l'appui de son recours, un rapport du 12 novembre 2019 de ce médecin qui a posé les diagnostics de probable pseudarthrose C5-C6 avec enfoncement de la cage et de status après spondylodèse antérieure par cage Cornerstone C5-C6 en janvier 2014. La pseudarthrose douloureuse incitait le Dr E. \_\_\_\_\_ à proposer une nouvelle spondylodèse avec pose de greffon illiaque. Ce neurochirurgien, qui n'a pas examiné la patiente et qui s'est basé sur le dossier radiologique, a constaté que la cage s'était progressivement déplacée en avant, s'impactait dans le plateau et que le dernier scanner, datant de 2018, ne montrait aucune fusion bien que l'os ait poussé dans la cage. Il a relevé la présence d'une cyphose segmentaire. Le Dr E. \_\_\_\_\_ avait dès lors posé des nouveaux diagnostics de pseudarthrose, de céphalées et de vertiges dont le SMR n'avait pas tenu compte et ce médecin préconisait une nouvelle opération, contrairement à tous les spécialistes consultés jusque-là. Sur le plan psychiatrique, la recourante fait valoir que la capacité de travail retenue par la psychiatre du SMR ne correspondrait pas à la réalité et que celle-ci n'aurait pas tenu compte des diagnostics incapacitants d'anxiété généralisée et d'état dépressif réactionnel. Elle soutient en définitive, d'une part, que les examens cliniques réalisés par le SMR doivent être écartés car ils contiendraient plusieurs incohérences en s'éloignant des constatations des médecins traitants et, d'autre part, que le rapport du psychiatre du SMR ne

répond pas aux réquisits développés par la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de maladies psychiatriques (ATF 141 V 281). Sur le plan administratif, la recourante allègue que l'intimé retient à tort un statut de personne active à 60 % et de ménagère à 40 %. Elle fait valoir qu'elle doit être considérée comme active à 71 %, dans la mesure où il ressort de l'examen clinique du SMR du 9 septembre 2016 que la recourante travaillait 8h30 par jour, 3 fois par semaine et le vendredi environ 4h15, soit un temps total de 29h45. Sachant que le taux de travail usuel à la Commune du [...] était de 41h30 (cf. rapport employeur p. 63), il en résulte un taux de 71 %.

Par réponse du 10 février 2020, l'intimé, se fondant sur un avis SMR du 5 février 2020, relève qu'une suspicion de pseudarthrose n'engendre pas de limitations fonctionnelles et qu'aucun examen clinique n'a été effectué par le Dr E.\_\_\_\_\_. Il relève également, s'agissant de la détermination du statut de l'assurée, que l'enquêtrice a motivé sa position et qu'elle a expliqué pour quelles raisons d'autres taux ne pouvaient être retenus, si bien qu'il y a lieu de s'en tenir aux conclusions du rapport d'enquête. L'intimé conclut ainsi au rejet du recours.

Répliquant le 29 mai 2020, la recourante, par l'intermédiaire de l'APAS, considère qu'il ne peut être retenu une part active inférieure à 65%, tout en persistant à soutenir que c'est un taux de 71% qui devrait être arrêté. Au plan médical, elle produit un lot de pièces, à savoir :

- un rapport de CT-scan de la colonne cervicale du 20 novembre 2019, faisant état de la persistance d'un glissement antérieur du matériel discal sans apparition de fusion postérieurement ;
- un courrier du 10 décembre 2019 du Dr E.\_\_\_\_\_ au Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, dans lequel on apprend que le « groupe rachis » sur [...] est d'un avis plutôt unanime pour une nouvelle intervention, consistant en une reprise de spondylodèse cervicale avec greffe iliaque et mise en place d'une plaque, toutefois sans garantie d'un résultat favorable, intervention déjà fixée au 5 février 2020 ;

- les réponses du 11 décembre 2019 du Dr E.\_\_\_\_\_ à un questionnaire soumis par l'APAS ; le Dr E.\_\_\_\_\_ évalue les limitations fonctionnelles à 100%, la patiente étant en incapacité de garder une position constante de la nuque et de faire du travail de secrétariat ; il relève qu'il n'est fait mention à aucun moment d'une pseudarthrose alors que l'expertise avait été réalisée deux ans après l'intervention de janvier 2014 ; pour lui, le diagnostic posé par le SMR est incomplet ; enfin, il confirme l'opération de la patiente prévue le 5 février 2020 pour redresser la cyphose segmentaire et corriger la pseudarthrose ;
- un courriel du 18 décembre 2019 de Monsieur X.\_\_\_\_\_, kinésithérapeute de la recourante, qui décrit les plaintes et les douleurs de la patiente ;
- un courrier du 5 mars 2020 du Dr E.\_\_\_\_\_, auquel sont joints le protocole opératoire du 5 février 2020 ainsi que la lettre de sortie du 16 février 2020, dans lequel ce médecin confirme qu'il ne s'agissait pas seulement d'une suspicion de pseudarthrose mais bien d'un diagnostic, qui n'avait semblé-t-il jamais été mentionné dans le dossier auparavant ; il s'étonne de la position de l'OAI qui considère qu'il n'y a pas eu d'examen clinique confirmant une pseudarthrose alors qu'il ne voit pas quel examen clinique pourrait confirmer ce diagnostic après une spondylodèse cervicale ;
- les réponses du 26 mai 2020 du Dr E.\_\_\_\_\_ à un nouveau questionnaire soumis par l'APAS, qui relève notamment que la nouvelle intervention a pu être effectuée dès le moment où un diagnostic a été posé ce qui ne semblait pas avoir été le cas avant et que ce diagnostic aurait pu être suspecté à partir de 2017, et précisant que la patiente était en incapacité totale de travail dans toute activité pour une durée de six mois à une année.

La recourante estime, au vu des éléments médicaux fournis, qu'il est difficile de soutenir, comme le fait l'intimé, que la position du Dr

E.\_\_\_\_\_ n'apporte pas d'éléments objectifs nouveaux, compte tenu notamment de l'opération qui a eu lieu le 5 février 2020.

Par duplique du 26 juin 2020, l'intimé, se fondant sur un avis SMR du 19 juin 2020, maintient sa position, en considérant que les rapports médicaux produits par la recourante ne contiennent pas d'éléments nouveaux. Cependant, il n'exclut pas une aggravation de l'état de santé de la recourante entre l'examen du SMR et la reprise chirurgicale du 5 février 2020 mais considère que cette aggravation n'est pas documentée.

La recourante s'est déterminée le 11 août 2020, avec à l'appui, un courrier du 21 juillet 2020 du Dr E.\_\_\_\_\_, dans lequel ce médecin mentionne qu'il a clairement diagnostiqué une pseudarthrose douloureuse dont la patiente souffrait depuis des années, relevant que ce diagnostic n'avait pas été clairement défini dans le rapport médical du SMR du 6 décembre 2016. Selon lui, il ne s'agit pas d'une divergence d'appréciation médicale, mais d'une divergence de diagnostic. L'aggravation de l'état de santé de la recourante serait donc bien antérieure à l'examen du SMR. La recourante requiert, à titre de mesures d'instruction, son audition, l'audition du Dr E.\_\_\_\_\_ ainsi que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire.

Par déterminations du 28 septembre 2020, l'intimé maintient ses conclusions, en se référant à un avis SMR du 8 septembre 2020, selon lequel la pseudarthrose aurait été prise en compte par le SMR et selon lequel il n'y aurait pas d'éléments médicaux objectivement vérifiables, jusqu'à la décision litigieuse, qui seraient de nature à modifier sa position. Il est également relevé, dans cet avis, que la prise en charge du Dr E.\_\_\_\_\_ a débuté postérieurement à la décision querellée et que l'intervention chirurgicale réalisée en février 2020 n'implique qu'une incapacité de travail limitée dans le temps.

La recourante s'est encore déterminée le 21 octobre 2020, en faisant valoir en substance qu'il appartenait à l'intimé de réaliser les examens complémentaires commandés par les circonstances pour juger de

la dégradation de l'état de santé de la recourante entre l'examen réalisé par le SMR en 2016 et la décision querellée datant de 2019. Elle relève encore les divergences médicales importantes entre les médecins traitants et ceux du SMR et réitère qu'il se justifie de réaliser une expertise judiciaire ou de renvoyer la cause à l'intimé pour complément d'instruction.

### **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 droit de la recourante à une rente d'invalidité entière dès le 1<sup>er</sup> août 2015 et au-delà du 31 octobre 2015, étant précisé que l'intimé l'a mise au bénéfice d'un trois quarts de rente du 1<sup>er</sup> août au 31 octobre 2015, date à partir de laquelle la prestation a été supprimée.

**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). 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).

**4. a)** 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).

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).

**b)** Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPG et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la

jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; TF 9C\_159/2013 du 22 juillet 2013 consid. 4.1).

**c)** D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**5. a)** 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).

**b)** Ainsi, la preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

**c)** Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle

réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

**6.** De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 2).

Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

**7. a/aa)** En l'espèce, il est établi, sur le plan somatique, que la recourante a subi, en raison d'une hernie discale cervicale, une intervention le 15 janvier 2014, consistant en une cervicotomie par voie antérieure gauche et micro-discectomie C5-C6 avec arthrodèse par cage Cornerstone. Les suites postopératoires ont été favorables dans un premier temps. Toutefois, la recourante a présenté par la suite des cervicalgies persistantes accentuées par l'activité physique et professionnelle et soulagées par le repos. Dans un rapport du 17 juillet 2014, le Dr Y.\_\_\_\_\_, neurochirurgien, avait déjà constaté, au moyen des radiographies, que la cage intersomatique était discrètement antérieure mais immobile. Une expertise rhumatologique a été réalisée par le Dr N.\_\_\_\_\_ du SMR. Dans son rapport du 6 octobre 2016, ce médecin a posé le diagnostic de cervicalgies chroniques dans le cadre du déplacement d'une cage intersomatique en C5-C6. Il a en particulier fait état d'une évolution radiologique défavorable, dès lors qu'il avait constaté un enfoncement de la cage intersomatique au niveau du plateau supérieur de C6. Il relevait que depuis l'automne 2015, la recourante avait connu une extension de ses

douleurs qui ne s'expliquaient toutefois pas par les pathologies du rachis (déplacement de la cage intersomatique, scoliose, discrète discopathie L4-L5 et L5-S1) dont N. \_\_\_\_\_ it. Le Dr N. \_\_\_\_\_ a considéré qu'il se justifiait de tenir compte des contraintes mécaniques sur cette région afin de ne pas favoriser des déplacements supplémentaires et qu'il y avait ainsi lieu de limiter les activités prolongées exercées en hauteur, le soulèvement de charges au-delà de 5 kg, les mouvements répétitifs ou les postures statiques de la colonne cervicale. Il a conclu à une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée à partir du 3 novembre 2014.

L'IRM du 24 novembre 2016 réalisée postérieurement à l'examen clinique rhumatologique du SMR, toutefois prise en compte dans le cadre du rapport consensuel du 21 février 2017 avec volet psychiatrique, confirmait l'évolution défavorable au niveau cervical dès lors qu'elle mettait notamment en évidence la présence, en C5-C6, d'une cage intersomatique située antérieurement et inclinée avec un enfoncement dans le plateau supérieur de C6 plus marqué à la partie antérieure et la présence d'un pincement intersomatique ainsi qu'une discrète sténose du trou de conjugaison C4-C5 à droite. Les conclusions du Dr N. \_\_\_\_\_ ont été maintenues avec une capacité de travail de 75% tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, aucun diagnostic incapacitant n'ayant été retenu sur le plan psychiatrique depuis août 2015. Une radiographie, réalisée le 1<sup>er</sup> mars 2017, a de nouveau mis en évidence une cage intersomatique C5-C6 antérieure, sans toutefois plus de détails. Devant la persistance des douleurs cervicales, la recourante a consulté, en date du 12 novembre 2019, le Dr E. \_\_\_\_\_, neurochirurgien, qui a suspecté la présence d'une pseudarthrose douloureuse pouvant justifier l'indication à une nouvelle spondylodèse avec pose de greffon iliaque et d'une plaque. Ce diagnostic a été confirmé à la suite d'un scanner de la colonne cervicale effectué le 20 novembre 2019 et après l'intervention réalisée le 5 février 2020. Le Dr E. \_\_\_\_\_ a attesté que la persistance des cervicalgies chroniques invalidantes sur pseudarthrose confirmée aux examens neuroradiologiques justifiait des limitations à 100 % et une capacité de travail nulle, l'assurée étant incapable de garder une position

constante de la nuque et de faire du travail de secrétariat (cf. rapport des 11 décembre 2019 et 16 février 2020).

En l'occurrence, les constatations du Dr E. \_\_\_\_\_ font sérieusement douter de l'exactitude des conclusions des examens du SMR. En effet, on ne peut pas exclure que la pseudarthrose qui pourrait expliquer en partie les douleurs de l'assurée en plus du déplacement antérieur de la cage soit antérieure à la décision litigieuse. Le Dr E. \_\_\_\_\_ atteste à cet égard que sa patiente souffre d'une pseudarthrose douloureuse depuis des années, tout en soulignant que cela n'avait visiblement pas été correctement relevé dans le rapport médical du SMR du 6 décembre 2016, mais que l'état de santé justifiant la dernière intervention était, selon toute vraisemblance, antérieur à l'examen du SMR et, partant, à la décision de l'OAI.

Le SMR fait valoir, dans son avis du 19 juin 2020, qu'à la suite de l'examen clinique rhumatologique du 6 décembre 2016, il a conclu à des cervicalgies liées au déplacement du matériel d'ostéosynthèse, que ce déplacement serait un élément témoignant d'une pseudarthrose (non-fusion) et que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr N. \_\_\_\_\_ tenaient compte d'une pseudarthrose. De plus, il fait remarquer qu'avant l'expertise, le rapport médical du 23 février 2015 du Dr Y. \_\_\_\_\_ ne retenait ni nouvelle indication opératoire, ni nouveau contrôle.

Il paraît en l'occurrence difficile de soutenir, comme le fait le SMR, que la pseudarthrose ait été prise en compte lors de l'examen clinique du SMR du 6 décembre 2016. En effet, retenir des cervicalgies liées au déplacement du matériel d'ostéosynthèse ne revient pas à constater une pseudarthrose, dès lors que la spondylodèse cervicale peut exposer le patient à un certain nombre de complications mécaniques comme le risque de pseudarthrose ou la migration et/ou la rupture du matériel d'ostéosynthèse (cage, plaque et/ou vis), nécessitant parfois une ré-intervention. Le déplacement du matériel ne signifie pas forcément qu'il y a présence d'une pseudarthrose ou d'une cyphose segmentaire. Le fait que le SMR ait constaté, à juste titre, une aggravation radiologique en observant le

déplacement du matériel d'ostéosynthèse ne signifie pas qu'il ait constaté la pseudarthrose et encore moins qu'il en aurait tenu compte dans l'évaluation des limitations fonctionnelles. Il a en revanche constaté un élément nouveau (« déplacement de la cage ») et pertinent pour l'appréciation du cas qui signale l'absence d'état stabilisé depuis l'opération. Par ailleurs Y. \_\_\_\_\_ du 23 février 2015, mentionnant le bon positionnement de la cage, en se référant à une radiographie de la colonne cervicale effectuée le 23 janvier 2015, n'apparaît pas convaincante. En effet, non seulement ce même médecin avait déjà constaté, en date du 15 juillet 2014, une cage intersomatique discrètement antérieure et une persistance des cervicalgies, mais en outre, les médecins du SMR ont indiqué que, par rapport aux clichés du 12 mars 2014, un rétrécissement intersomatique C5-C6 avec enfoncement de la cage dans le plateau supérieur de C6 était mis en évidence par la radiographie du 23 janvier 2015.

On ne peut dès lors raisonnablement soutenir que depuis l'examen clinique du 6 décembre 2016 jusqu'à la décision de l'OAI du 8 novembre 2019, aucun document convaincant n'atteste une aggravation de l'état de santé de la recourante. En l'état, la Cour ne peut pas statuer.

A cela s'ajoute que le Dr F. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 17 février 2017, avait mis en évidence une hyperlaxité ligamentaire. S'il peut s'agir d'une forme bénigne qui a échappé au diagnostic jusqu'alors, il n'en reste pas moins important dans le cas de l'assurée. Ce phénomène pouvant en effet mettre la patiente plus à risque de complications face à la cage discale dont la position s'est modifiée depuis l'opération, siège d'une probable pseudoarthrose, de souffrance des segments adjacents et face aux problèmes lombaires, le bilan radiologique prend toute son importance. Chez les patients hyperlaxes, de bons indices de mobilité faussement rassurants peuvent cacher des lésions radiologiques graves, raison pour laquelle il faut recourir plus fréquemment à un bilan radiologique puisqu'à l'examen clinique, ceux-ci vont garder une certaine souplesse. Or, les critères permettant de retenir une hyperlaxité ligamentaire n'ont pas été recherchés lors des examens du SMR.

**bb)** Sur le plan psychique, la Dre R.\_\_\_\_\_, alors psychiatre traitant de la recourante, avait posé les diagnostics de troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive et de burnout (cf. rapport du 2 février 2015). Dans un rapport du 20 avril 2015, la médecin précitée a notamment mentionné que, compte tenu de l'amélioration de la symptomatologie psychique, la patiente ne prenait aucun traitement antidépresseur, ni anxiolytique. Le Dr C.\_\_\_\_\_, médecin traitant, a par la suite évoqué les diagnostics d'anxiété généralisée et de syndrome dépressif (cf. rapports des 22 septembre 2015 et 4 juillet 2016). L'expertise réalisée au SMR le 6 octobre 2016 a conduit le Dr N.\_\_\_\_\_ à retenir des douleurs de type fibromyalgie, raison pour laquelle un examen psychiatrique a été effectué au SMR par la Dre G.\_\_\_\_\_ le 6 décembre 2016. Dans leur rapport consensuel du 21 février 2017, les médecins du SMR ont retenu une fibromyalgie et un trouble anxieux et dépressif mixte, diagnostics qu'ils ont estimés comme n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. La capacité de travail était ainsi entière dans toute activité depuis août 2015, date à laquelle la recourante avait cessé son suivi psychiatrique auprès de la Dre R.\_\_\_\_\_. La Dre G.\_\_\_\_\_ a écarté toute une série de diagnostics en constatant l'absence de trouble de l'attention, de la mémoire et de la concentration, l'absence de signe floride de la lignée psychotique et d'idée délirante, l'absence d'attaque de panique, d'attente craintive et de tension psychomotrice qui pourraient faire penser à un trouble d'anxiété généralisée, ainsi que l'absence de trouble phobique ou obsessionnel. Elle a relevé une baisse légère de la thymie mais pas de baisse de l'intérêt et du plaisir ni du dynamisme. La Dre G.\_\_\_\_\_ n'a pas constaté d'effondrement de l'estime de soi et de la confiance en soi chez la recourante, ni de diminution de la concentration et de l'appétit à penser. Elle a relevé une agitation psychomotrice, laquelle n'avait pas été observée lors de l'examen rhumatologique, qui témoignait d'un comportement démonstratif. Aucun trouble de l'appétit, ni de trouble de l'endormissement (hormis des troubles au réveil en relation avec la pathologie douloureuse) n'a été constaté. Enfin, la recourante mentionnait la présence de façon itérative d'idées noires non scénarisées, sans aucune tentative de passage à l'acte. Le seul symptôme d'une pathologie

dépressive présent était une diminution de la libido. La Dre G.\_\_\_\_\_ a ainsi considéré que la recourante ne présentait pas de pathologie dépressive caractérisée. Elle a relevé que les ressources de celle-ci étaient bonnes. En effet, la recourante était au bénéfice de plusieurs diplômes et certificats attestant notamment de ses compétences linguistiques et elle développait une activité continue tous les jours de la semaine, de même qu'elle entretenait de bonnes relations sociales. Ainsi, le diagnostic de fibromyalgie n'avait pas de caractère incapacitant. La Dre G.\_\_\_\_\_ a au final retenu que l'examen psychiatrique du jour et la parfaite organisation de la vie quotidienne de l'assurée démontraient une amélioration manifeste de son état de santé, attestée en outre par la cessation de tout suivi psychiatrique spécialisé depuis juillet 2015.

En l'occurrence, on peine à comprendre pour quelle raison la Dre G.\_\_\_\_\_ retient un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), alors qu'elle ne décrit pas vraiment d'éléments anxieux dans le status psychiatrique, ni ne l'explique dans son appréciation. On relèvera également que les troubles psychiques de la recourante semblent essentiellement être en lien avec l'atteinte somatique (cf. notamment le rapport du 20 avril 2015 de la Dre R.\_\_\_\_\_ qui mentionnait que le pronostic était difficile à formuler « vu la présence concomitante de l'affection somatique ») - or la présence d'une pseudarthrose pouvant expliquer les douleurs de l'assurée n'a pas été examinée - ou avec le contexte professionnel, s'agissant du burnout dont elle a été victime dans le cadre d'une surcharge de travail. En outre, dans le rapport du SMR du 21 février 2017, on ne trouve pas clairement de pondération, de discussion consensuelle, alors que la recourante présente plusieurs co-morbidités associées.

**b)** Compte tenu de ce qui précède, il se justifie de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire, regroupant les volets rhumatologique et psychiatrique, étant précisé que les experts sont libres de s'adjoindre les services d'un autre spécialiste, notamment l'avis d'un neurochirurgien, voire d'un radiologue, conformément à l'art. 44 LPGA. Dans la mesure où la Cour de céans n'est pas à même de statuer en l'état du dossier, il convient

de renvoyer la cause à l'autorité précitée, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGa).

**c)** Dans le cadre de la nouvelle décision, il conviendra également que l'intimé tienne compte d'un statut de personne active à 65% et de ménagère à 35%. En effet, plusieurs éléments démontrent au degré de vraisemblance prépondérante que la recourante aurait travaillé à 65 % en étant en bonne santé (cf. déclaration précoce du 19 novembre 2014, formulaire de détermination du statut signé le 17 mars 2015, entretien téléphonique du 21 juillet 2015 avec M. M. \_\_\_\_\_, rapport SMR du 31 mai 2016 et avenant au contrat de travail du 1<sup>er</sup> mars 2013). A cet égard, la motivation de l'enquêtrice qui retient un statut de personne active à 60% et ménagère à 40% ne convainc pas. Celle-ci parvient à ce constat uniquement sur la base des déclarations de la recourante qu'elle juge confuses dans la mesure où l'assurée ne se souvenait plus du nombre d'heures travaillées par jour. On ne saurait faire abstraction du contrat et des déclarations de l'employeur qui font état d'une augmentation contractuelle du taux de travail, en 2013, à 65%. Certes, lors de l'examen rhumatologique, la recourante a déclaré qu'elle travaillait 8 heures et 30 minutes durant trois jours par semaine et 4 heures et 15 minutes durant un jour par semaine, ce qui lui a fait dire qu'elle travaillait à 70 % dans son recours (41 heures et 5 minutes). C'est, cependant, la seule fois qu'elle a indiqué cet horaire de travail et, partant, un taux de 70%. Or, il convient de s'en tenir aux premières déclarations, confirmées du reste à plusieurs reprises, conformément à la jurisprudence qui prévoit qu'en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un état de fait, la préférence doit être accordée en général à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques (règle dite des « premières déclarations » ou déclarations de la première heure), les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C\_238/2018 du 22 octobre 2018 consid. 6).

**8.** Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par la recourante (sa propre audition, l'audition du Dr E.\_\_\_\_\_, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire ; appréciation anticipée des preuves ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**9. a)** Bien fondé, le recours doit en conséquence être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

**b)** 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 l'intimé, qui succombe.

**c)** Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), dans la mesure fixée par le tribunal et dont le montant doit être déterminé sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige. En l'occurrence, il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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

**I.** Le recours est admis.

**II.** La décision rendue le 8 novembre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause lui est renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

**III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

**IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à L. \_\_\_\_\_ un montant de 2'000 fr. (deux mille francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Association pour la permanence de défense des patients et des assurés (pour L. \_\_\_\_\_),
- 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).

La greffière :