

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 juin 2024

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
MM. Neu et Piguet, juges
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourante, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

et

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

Art. 4 et 28 LAI ; art. 17 LPGA

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assurée), née en 198[...], au bénéfice d'une formation de factrice, a travaillé pour W._____, jusqu'au 30 avril 2005.

Le 16 mars 2005, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison de lombalgies empêchant le port de charge de plus de 5 kg et entraînant une incapacité de travail de 100 % dès le mois d'octobre 2004 et de 50 % dès le mois de février 2005 jusqu'au 30 avril 2005.

L'assurée a été examinée au Centre hospitalier K._____ [...]. Dans un rapport du 25 janvier 2005, la Dre I._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et le Dr J._____, médecin-assistant, ont retenu le diagnostic de lombalgies chroniques non spécifiques sur dysbalances musculaires. Ils ont proposé que l'assurée reprenne son travail à un taux de 50 % sans porter de poids supérieur à 5 kg le 1^{er} février 2005, puis à un taux de 100 %, dans les mêmes conditions, dès le 15 février 2005.

Sur avis de la Dre V._____ et du Dr U._____, médecin au sein du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), un examen rhumatologique a été mis en œuvre au SMR pour préciser les limitations fonctionnelles et la capacité de travail dans une activité adaptée.

Dans son rapport du 2 février 2006, le Dr T._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation au SMR, a indiqué à l'anamnèse que l'assurée avait entamé, sans les mener à terme, des apprentissages de dessinatrice en bâtiment, puis de menuisière. Il n'a retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, signalant néanmoins une faiblesse constitutionnelle de la musculature posturale. Le médecin examinateur a conclu que l'assurée présentait une entière

capacité de travail dans toutes activités. Le Dr T._____ a précisé qu'au vu de la constitution longiligne de l'intéressée et de sa musculature posturale à la limite du déconditionnement, les activités à fortes charges physiques étaient toutefois déconseillées, ce qui n'empêchait toutefois pas l'activité de postière et le port occasionnel de sacs de courriers de 20 à 25 kg.

Par décision du 23 juin 2006, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée du 16 mars 2005, au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

Cette décision est entrée en force.

B. L'assurée a réussi le certificat fédéral de capacité d'employée de commerce en 2008, après un apprentissage auprès de la Fiduciaire S._____, société pour laquelle elle a continué à travailler jusqu'en 2009. Elle a ensuite été au service de R._____ en qualité de secrétaire. Après avoir occupé un poste d'équipière pour Q._____, l'intéressée a travaillé comme employée de commerce pour P._____ (2011-2014) puis pour la Fondation O._____ selon un contrat de travail de durée déterminée du 1^{er} mai 2015 au 30 avril 2016. Elle dispose depuis 2011 de la qualification de formatrice pour les apprentis. Entre 2009 et 2016, elle a également connu plusieurs périodes de chômage.

En raison de cervicalgies, l'assurée a consulté le Centre médical AA._____ (rapport du 21 septembre 2015). Le Dr AB._____, spécialiste en radiologie, a réalisé le 22 septembre 2015 une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la colonne cervicale révélant une volumineuse protrusion herniaire récesso-foraminale droite C5-C6 induisant un conflit C6.

En incapacité de travail depuis le 29 septembre 2015, l'intéressée a bénéficié des prestations de N._____ [...], assureur perte de gain en cas de maladie de la Fondation O._____, laquelle a régulièrement soumis le cas de l'assurée à son médecin-conseil, le

Dr AT._____, spécialiste en neurologie (cf. avis du médecin-conseil des 13 janvier, 17 février et 12 octobre 2016).

Le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a requis des investigations neurologiques. Dans un rapport du 12 novembre 2015 à ce dernier, le Dr L._____, spécialiste en neurologie, a indiqué que, sous réserve du syndrome cervical, il n'y avait pas de syndrome radiculaire déficitaire aux membres supérieurs. L'examen EMG (électromyogramme) ne mettait pas en évidence de tels signes de souffrance radiculaire.

L'assurée a consulté le Dr D._____, spécialiste en rhumatologie, qui a retenu ce qui suit (rapport du 9 décembre 2015) :

Status : [...], pouls : 108. Bonne mobilité rachidienne dorso-lombaire indolore. Grande raideur cervicale avec des rotations de 30° environ, des inclinaisons de 10°, distance menton - sternum 8 - 17 cm. Réflexes tendineux vifs et symétriques, pas de trouble de la sensibilité algique ni de la force des membres supérieurs. Pas de niveau sensitif au niveau dorsal. La mobilité des membres supérieurs est complète, symétrique et indolore. Tous les tests de la coiffe des rotateurs sont tenus, sans problème et sans douleur. Distance pouce - C7 17 cm à gauche pour 18 à droite. Douleurs avec réaction de retrait à la palpation de la musculature para-vertébrale cervicale des 2 côtés et dorsale moyenne à gauche.

Appréciation : cervico-brachialgies droites avec syndrome cervical majeur. Hernie discale latérale C5 - C6. Dorsalgies gauches chroniques d'allure musculo-tendineuse. Il n'y a pas de critères de gravité, notamment neurologique. La dernière I.R.M. cervicale ne montre rien jusqu'à D4.

Dans une note au dossier du 16 décembre 2015, la Dre M._____, spécialiste en neurochirurgie au Centre hospitalier K._____, a fait état, sur la base d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) du 22 septembre 2015 d'une protrusion discale récessale et foraminale droite au niveau des vertèbres C5-C6, associée à des cervicobrachialgies droites. Elle a constaté que le traitement conservateur, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et le port d'une minerve mousse n'avaient pas apporté de réel soulagement. Dans ce contexte, la Dre M._____ a proposé, au vu de l'absence de déficit neurologique et de la présence à titre principal d'une contracture

paravertébrale importante, de maintenir le traitement par antalgiques et myorelaxants, associé à des séances de physiothérapie.

Dans un rapport adressé à la N. _____ le 22 décembre 2015, la Dre M. _____ a fait état d'un diagnostic de protrusion discale C5-C6 avec effet sur la capacité de travail entraînant une incapacité de travail à 100%.

Dans un rapport du 5 janvier 2016 au Dr F. _____, le Dr AC. _____, spécialiste en neurochirurgie, a retenu l'indication d'un traitement médicamenteux conservateur et d'une infiltration radiculaire.

L'assurée a bénéficié d'un bloc facettaire C5-C6 à droite le 8 janvier 2016 au Centre de la douleur de l'Hôpital B. _____ (protocole opératoire du Dr A. _____, spécialiste en anesthésiologie).

Le 21 janvier 2016, l'assurée a adressé, par l'intermédiaire de son employeur, la Fondation O. _____, une demande de détection précoce à l'OAI, faisant état, à la suite d'une hernie cervicale, d'une incapacité de travail de 50 % dès le 29 septembre 2015, puis de 100 % dès le 23 novembre 2015.

Dans un rapport du 4 mars 2016 au Dr F. _____, les Dres M. _____ et H. _____, médecin-assistante, ont fait état d'une protrusion discale au niveau des vertèbres C5-C6 entrant en conflit avec la racine de la vertèbre C6 à droite selon l'IRM. Face à la persistance des cervicalgies, les médecins précités ont préconisé une consultation au Centre d'antalgie du Centre hospitalier K. _____. Les Dres M. _____ et H. _____ n'ont pas constaté de contre-indication à une reprise professionnelle, laissant le soin au médecin traitant de réévaluer ce point (cf. aussi rapport de la Dre H. _____ du 23 avril 2016 à l'attention de la N. _____).

L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI le 22 mars 2016, invoquant souffrir d'une hernie cervicale

C5-C6 depuis 2015 et d'une douleur permanente sous l'omoplate gauche depuis deux à trois ans.

Constatant l'absence d'amélioration à la suite de l'infiltration réalisée à l'Hôpital B._____, le Dr D._____ a demandé un second avis au Dr G._____, spécialiste en neurochirurgie (rapport du 17 février 2016). Dans un rapport du 16 mars 2016, le Dr G._____ a estimé que, compte tenu de son âge, l'assurée présenterait inévitablement une évolution péjorative de la cervicalgie et la radiculopathie. Dans ce contexte, il a proposé une discectomie dont il estimait que les avantages l'emportaient sur la morbidité du geste. L'assurée a refusé cette proposition (cf. courrier du Dr D._____ au Dr G._____ du 7 avril 2016).

Dans le formulaire 531^{bis} intitulé « Détermination du statut (part active / part ménagère) » complété le 25 avril 2016, l'assurée a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à un taux d'activité de 100 % par nécessité financière.

Dans un rapport du 20 mai 2016 au Dr F._____, la Dre M._____ a constaté l'absence de brachialgies et de déficit neurologique, ainsi que la diminution de la taille herniaire sur l'IRM de contrôle du 29 avril 2016. Elle a indiqué qu'il n'y avait pas d'indication chirurgicale.

La Dre H._____ a complété un formulaire médical à l'attention de l'OAI le 25 mai 2016, dans lequel elle a signalé des cervicalgies hyperalgiques non déficitaires depuis le mois de septembre 2015, exclu un déficit neurologique et indiqué une incapacité de travail de 100 % dans l'activité de secrétaire. A la question de savoir si l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail, la Dre H._____ a répondu positivement.

Par rapport du 27 mai 2016 au Dr F._____, le Dr C._____, spécialiste en anesthésiologie au Centre d'antalgie du Centre hospitalier K._____, a relevé que l'IRM de contrôle du 29 avril 2016 montrait une globale stabilité de la protrusion discale postérieure médiane et paramédiane droite C5-C6 et une discrète diminution de sa taille au niveau de sa composante foraminale, le foramen droit C5-C6 restant toutefois rétréci. Il a proposé de nouvelles infiltrations.

Dans un rapport du 15 juillet 2016 au Dr F._____, le Dr AK._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a expliqué que l'assurée avait reçu des infiltrations facettaires thoraciques au Centre d'antalgie du Centre hospitalier K._____ sans effet sur son état de santé. Ce spécialiste a constaté une mobilité physiologique et symétrique des membres supérieurs. Il a proposé la mise en place de patchs de Neurodol sur la zone douloureuse et prescrit de la physiothérapie à sec et en piscine.

Le 29 juillet 2016, le Dr F._____ a complété un formulaire médical à l'attention de l'OAI. Il a retenu, avec effets sur la capacité de travail, les diagnostics de cervico-scapulalgie à droite depuis 2014 et 2015 sur contracture (dans le cadre d'une uncarthrose et d'une discarthrose modérée au niveau des vertèbres C5-C6, d'une volumineuse protrusion herniaire recesso-foraminale à droite au niveau des vertèbres C5-C6 et d'un conflit au niveau de la vertèbre C6), de status post bloc facettaire au niveau des vertèbres C5-C6 à droite (suivi d'une infiltration), de cervico-scapulalgie à gauche, de status post contracture cervico-dorsale à gauche dès 2011 et de status post troubles anxieux dans le cadre d'une surcharge professionnelle en 2014. Il a expliqué que les cervico-brachialgies se manifestaient après 30 minutes de travail sur l'écran avec récurrence rapide, ceci même après une période de repos. Le blocage et la douleur limitaient la capacité de concentration. Le rendement de l'assurée en était réduit. Le Dr F._____ a estimé que l'activité de secrétaire n'était plus exigible. Au terme du traitement d'antalgie, il espérait une reprise professionnelle. A la rubrique « pronostic », il a indiqué ce qui suit :

« (...). On ose pourtant espérer un soulagement de ses douleurs avec réadaptation et reprise de son travail que ce soit dans le secrétariat ou dans une autre profession plus adaptée. Son caractère anxieux participe probablement à la chronification des douleurs. »

Dans un formulaire médical à l'attention de l'OAI du 29 juillet 2016, le Dr C._____ a indiqué un diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de cervicobrachialgies, refusant toutefois de se prononcer sur la capacité de travail. Il a fait état d'un bon pronostic et du fait que sa patiente estimait que son activité de secrétaire n'était plus possible.

Le 30 septembre 2016, s'adressant au médecin-conseil de la N._____, le Dr F._____ a signalé l'absence de nette amélioration. Les évaluations et prise en charge au Centre hospitalier K._____ au Centre d'antalgie et au Service de neurochirurgie restaient peu efficaces et les essais de traitement par ostéopathie, antalgie médicamenteuse ne semblaient guère efficaces, ne soulageant que très partiellement sa patiente. Il a suggéré la mise en œuvre d'une expertise.

Une IRM du 19 octobre 2016 a mis en évidence une légère tuméfaction focale du muscle érecteur du rachis gauche associant une anomalie de signal œdémateuse, sans masse, avec vascularisation localement majorée. Il n'y avait pas d'argument pour une masse tumorale sarcomateuse.

Le 28 octobre 2016, dans un rapport à la N._____, le Prof. Aj._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a fait état de cervicobrachialgies C6 gauches chroniques et de douleurs pariétales thoraciques entraînant une limitation douloureuse des mouvements cervicaux et une impotence fonctionnelle partielle du membre supérieur gauche. La capacité de travail dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée était nulle.

Les investigations menées par la suite n'ont pas permis d'expliquer ni de soulager les douleurs de l'assurée (cf. rapport du

29 décembre 2016 du Centre d'antalgie du Centre hospitalier K._____ à la N._____ ; IRM du 19 octobre 2016 et rapport du Dr AE._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 6 mars 2017).

Le 12 juin 2017, le Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a remis à l'OAI un rapport pour l'examen du droit aux prestations. Il a fait état d'un fonctionnement correspondant à celui d'une personnalité anxieuse-évitante, envisageant aussi une modification durable de la personnalité après de nombreuses agressions psychiques et physiques et des malformations physiques opérées. Il a expliqué que sa patiente avait besoin d'un environnement bienveillant, soutenant et structuré pour prendre confiance en elle. Il a proposé des mesures professionnelles et envisagé une reprise d'activité à temps partiel. Sans cela, le trouble de la personnalité, décompensé depuis 2009, continuerait à opérer et à générer des conflits au travail et un absentéisme incompatible avec une activité lucrative.

Le 10 juillet 2017, la Dre AD._____, spécialiste en médecine interne générale, nouvelle médecin traitante, a remis à l'OAI un rapport pour l'examen du droit aux prestations. Elle a posé les diagnostics avec effets sur la capacité de travail de trouble de la personnalité anxieux-évitant, d'épisode dépressif léger, d'antécédent d'agressions physiques et psychologiques, de cervicalgies sur hernie cervicale C5-C6 et contracture musculaire, de status post blocs facettaires C5-C6 à droite aux mois de janvier et juin 2016, de suspicion de syndrome de Finlay-Marks en cours d'investigation avec de nombreuses corrections chirurgicales dans l'adolescence, de maladie de Lyme en 2014, de cure de hernie Spiegel droite en 2008, d'allergie à l'Ibuprofen et d'intolérance au Lyrica, à l'Oxynorm, au Palexia, au Tramal et au Cymbalta. Elle a indiqué que sa patiente présentait une limitation fonctionnelle douloureuse de la nuque dans tous les axes, avec des contractures musculaires para-vertébrales en l'absence de troubles neurologiques des membres supérieures des deux côtés. Au niveau psychique, les restrictions résultaient d'une anxiété secondaire, de troubles de l'humeur, d'un sentiment de dévalorisation et

de colère. Elle a estimé que sa patiente présentait une incapacité totale de travail.

Sollicité pour avis, le Dr AF._____ du Service médical régional de l'AI a demandé des renseignements auprès du Dr L._____. Dans son rapport du 22 août 2017, ce dernier a indiqué qu'il n'y avait pas de diagnostic neurologique avec répercussion sur la capacité de travail ni de limitations fonctionnelles.

Dans ce contexte, le Dr AF._____ a demandé un examen neuropsychologique (avis du SMR du 4 octobre 2017).

Le 11 novembre 2017, la Dre AH._____, spécialiste en génétique, a indiqué à la Dre AD._____ que les douleurs au niveau de l'omoplate n'étaient pas en lien avec le syndrome de Finlay-Marks ou avec une autre étiologie génétique

Le 27 novembre 2017, AG._____, neuropsychologue, a rendu son rapport. Selon cette spécialiste, le tableau correspondait à une atteinte cognitive légère caractérisée par une légère dysfonction exécutive et attentionnelle au premier plan, ayant des répercussions significatives sur les capacités d'apprentissage. Elle a estimé que les troubles anxieux aggravaient probablement le tableau. Sur le plan strictement neuropsychologique, l'assurée était apte à travailler en qualité d'employée de commerce, pour autant que l'on respecte ses limitations fonctionnelles (dysfonctionnement exécutif et attentionnel ; troubles attentionnels ; troubles mnésiques). Sans adaptation, il fallait s'attendre à une baisse de rendement de l'ordre de 20-30 %, pouvant varier selon le type de tâches. L'anxiété pouvait toutefois aggraver les difficultés cognitives dans certaines situations stressantes, diminuant encore davantage le rendement.

L'assurée a recommencé à travailler le 1^{er} janvier 2018 en qualité d'employée de commerce à raison de 20 heures par semaine pour AN._____.

En raison de scapulalgies gauches, de cervico-brachialgies droites et de douleurs dorsales gauches, deux nouvelles IRM de la colonne cervico-dorsale et de la paroi thoracique ont été réalisées les 15 février 2018 et 19 février 2018. L'IRM cervico-dorsale a révélé l'apparition d'une hernie discale C4-C5 foraminale gauche et la stabilité de la hernie disco-ostéophytaire C5-C6 foraminale droite déjà connue. L'imagerie montre aussi de discrets remaniements dégénératifs étagés de la colonne cervicale. L'IRM de la paroi thoracique a montré la présence d'une petite suffusion intramusculaire en hypersignal T2 prenant le contraste dans la musculature dorsale paravertébrale postérieure gauche (suffusion hémorragique ou inflammatoire sans effet de masse tissulaire sous-jacente, hématome ou kyste).

A l'issue d'un rapport du 21 mars 2018 à l'OAI le Dr X. _____ a posé les diagnostics de trouble de la personnalité anxieux-évitant (F60.6), d'épisode dépressif léger (F32.0) et de probable syndrome de Finlay-Marks (Q87.8). Au niveau professionnel, il a indiqué que l'assurée éprouvait une appréhension avant et pendant le travail, accompagnée d'une fatigue et d'une anxiété palpable, dans un contexte de relations tendues avec son employeur. Sa patiente poursuivait la recherche d'un nouveau poste à 50 %, plus adapté. Il a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : difficultés relationnelles, difficultés dans la gestion des émotions, difficultés liées aux tâches administratives, hypersensibilité au stress. Au niveau cognitif, les capacités de concentration, d'attention, de compréhension, mnésiques, d'organisation, de planification et d'adaptation au changement étaient limitées. Les activités en contact avec la clientèle ou exigeant de fréquents contacts interpersonnels, exigeant une grande autonomie et impliquant des tâches complexes étaient encore possibles de manière fluctuante. Quant aux activités exigeant de l'endurance, impliquant du stress, nécessitant de la rapidité et une adaptation permanente, elles n'étaient plus exigibles.

Dans un certificat médical du 28 mai 2018, la Dre AD. _____ a attesté que l'assurée présentait une capacité de travail d'au plus 50 %.

Répondant à un questionnaire de l'OAI, le Dr X._____ a indiqué le 14 août 2018 que sa patiente présentait un trouble de la personnalité anxieux-évitant décompensé (F60.6), un épisode dépressif léger (F32.0) et diverses limitations neuropsychologiques, se référant au rapport de la neuropsychologue AG._____. Selon le psychiatre traitant, l'évolution de l'état de santé depuis le dernier rapport était stable. Dans l'activité habituelle, sa capacité de travail était au maximum de 50 %, avec une probable baisse de rendement de l'ordre de 20 %.

Le 28 août 2018, le Dr AF._____ du SMR a proposé de réinterroger le Dr X._____ au mois de janvier 2019.

Dans un rapport à l'OAI du 4 mars 2019, le Dr X._____ a indiqué que les diagnostics étaient inchangés. Il a relevé une péjoration de l'état de santé depuis son dernier rapport. Sa patiente rapportait un climat professionnel peu adapté, avec des frustrations, des problèmes de communication avec certains collègues et sa hiérarchie, ce qui engendrait un état anxieux important. Elle signalait une recrudescence des maux de tête ainsi que des douleurs persistantes à la nuque, à l'épaule et au dos. Dans son activité habituelle, le Dr X._____ a confirmé que la capacité de travail de l'assurée était d'au maximum 50 %, avec une probable baisse de rendement de l'ordre de 20 %.

Le 2 avril 2019, l'assurée a subi une nouvelle IRM de la colonne cervicale au Centre médical AA._____ montrant une diminution de la petite hernie discale C4-C5 foraminale gauche et une stabilité de la hernie disco-ostéophytaire C5-C6 foraminale droite. L'IRM ne montrait pour le surplus pas d'autre anomalie significative ou de changement.

Après consultation du SMR (avis du 28 mars 2019 du Dr AF._____), l'OAI a diligenté une expertise pluridisciplinaire de médecine interne, de rhumatologie et de psychiatrie, laquelle a été confiée au Bureau d'expertise E._____ par mandat du 3 juin 2019.

Le 26 juin 2019, l'assurée a informé l'OAI qu'elle serait opérée par le Dr A._____ (cf. rapport Hôpital B._____ du 18 avril 2019).

Les examens utiles pour l'expertise ont été réalisés les 14 et 29 août 2019 par le Dr E.P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, la Dre E.G._____, spécialiste en médecine interne générale, et le Dr E.R._____, spécialiste en rhumatologie. Les experts ont communiqué leur rapport le 13 septembre 2019. Leur évaluation consensuelle du cas a mis en évidence les diagnostics - sans incidence sur la capacité de travail - de somatisation (F45.0) et de cervicalgies avec raideur cervicale sur hernies au niveau des vertèbres C4-C5 et C5-C6, sans irradiation radiculaire ni signe déficitaire des membres supérieurs notamment du membre supérieur gauche. En l'absence de toute limitation fonctionnelle, la capacité de travail était entière dans l'activité habituelle. La personnalité de l'assurée avait toutefois une incidence dans les situations de stress. S'agissant des ressources et des facteurs de surcharge, les experts ont retenu ce qui suit :

« Pas de facteurs de surcharge chez une expertisée qui a une vie sociale bien équilibrée, a le soutien de sa compagne et des parents de celle-ci. Elle a le permis de conduire, peut disposer d'une voiture et d'un scooter. Z._____ est capable de s'adapter à des règles de routine, de planifier et de structurer ses tâches. Elle possède de la flexibilité et la capacité de changement, de mobiliser ses compétences et ses connaissances, mais pour autant qu'elle soit dans un contexte pas trop stressant. Elle est apte à prendre des décisions, possède du discernement, elle est capable d'initiatives et d'activités spontanées. Elle peut s'affirmer, mais a tendance à se mettre en retrait dans des situations stressantes, elle peut tenir une conversation et établir le contact avec des tiers. Elle est apte à vivre en groupe, à lier d'étroites relations, à prendre soin d'elle-même et à subvenir à ses besoins. Elle dispose de mobilité et peut se déplacer.

En revanche, la capacité de résistance et d'endurance de l'expertisée est légèrement diminuée à cause de la douleur alléguée. »

Le 23 septembre 2019, l'assurée a bénéficié de discectomies C4-C5 et C5-C6 par voie antérieure pour une stabilisation dynamique avec implants. Le status neurologique postopératoire était inchangé (cf. protocole opératoire du Dr A._____).

Par avis du 28 octobre 2019, le Dr AL._____ du SMR s'est rallié aux conclusions du Bureau d'expertise E._____ en ces termes :

« L'expertise est claire et convaincante dans l'ensemble de ses volets et dans la partie consensuelle. Les diagnostics antérieurs ont été discutés. Nous partageons l'ensemble des diagnostics. En effet, sur le plan psychique, étant donné la vie régulière de l'assurée et sa bonne intégration sociale, un trouble de la personnalité n'est pas à retenir de même qu'un trouble dépressif car l'assurée ne présente aucun signe de cette pathologie. Sur le plan rhumatologique, les hernies sont soit stables (C5-C6) soit en régression (C4-C5) et sans souffrance radiculaire. Il n'y a donc pas lieu de s'écarter des conclusions des experts.

Si l'assurée est opérée, l'IT durable qui en découlera devrait être en principe inférieure à 6 mois sauf complications.

Conclusions

Il n'y a pas de période d'incapacité durable à retenir ni de perte de CT depuis la dernière demande.

L'intervention prévue ne nécessite a priori pas de complément d'instruction. »

Le 4 novembre 2019, l'OAI a rendu un projet de décision par lequel il a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Il a considéré qu'il ressortait de l'expertise pluridisciplinaire que l'exercice de l'activité habituelle d'employée de commerce ou de toute autre activité qui ne demande pas de manutention lourde demeurerait exigible à un taux de 100%. Pour ce motif, l'OAI a exclu une perte de gain, de sorte que le droit à la rente et aux mesures professionnelles n'était pas ouvert.

Le 22 novembre 2019, l'assurée a contesté ce projet de décision. Elle a implicitement fait valoir que l'expertise du Bureau d'expertise E._____ n'avait pas de valeur probante. Elle s'est prévaluée d'un rapport du 18 novembre 2019 de son psychiatre traitant, le Dr X._____. Ce dernier a contesté le cadre et les circonstances de l'expertise. Il a allégué de nombreuses erreurs à la prise d'anamnèse et des incohérences, ceci tant sur le plan de l'évaluation consensuelle que dans le cadre des examens spécialisés. Le Dr X._____ a reproché aux experts d'avoir mal évalué l'état de santé de sa patiente. Sur le plan psychiatrique, il a fait grief au Dr E.P._____ de ne pas avoir tiré les

conclusions diagnostiques qui s'imposaient au vu du tableau clinique présenté par l'assurée.

Par avis du 18 décembre 2019, le Dr AL._____ et la Dre AM._____ du SMR ont retenu que l'ensemble des éléments médicaux psychiatriques soulevés par le psychiatre traitant avaient déjà été pris en compte et discutés. Ils ont estimé que le rapport du Dr X._____ du 18 novembre 2019 n'apportait aucun élément susceptible de remettre en question le projet de décision.

Le 17 janvier 2020, désormais assistée par Y._____, l'assurée a complété sa contestation et requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

Par décision du 23 janvier 2020, assortie d'une motivation séparée du même jour, l'OAI a confirmé qu'il rejetait la demande de prestations formulée par l'assurée le 22 mars 2016. Il a expliqué que les arguments soulevés dans le cadre de la contestation n'apportaient pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé du projet de décision.

Après la fin des rapports de travail avec AN._____, l'assurée a travaillé à 50 % comme secrétaire-comptable pour AS._____ à compter du 15 mars 2020.

C. a) Entretiens, le 13 février 2020, Z._____, représentée par Y._____, a déposé un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de cette décision, concluant à son annulation et au renvoi du dossier à l'office intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle a contesté l'évaluation médicale des experts du Bureau d'expertise E._____ se prévalant du rapport du 18 novembre 2019 du Dr X._____.

Dans sa réponse du 7 avril 2020, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision entreprise, renvoyant à l'avis SMR du 18 décembre 2019, à la décision querellée et à sa motivation.

b) aa) Par courrier du 10 mai 2021, la juge instructrice a informé les parties qu'une expertise pluridisciplinaire comprenant des volets rhumatologique et psychiatrique avec un volet neuropsychologique était nécessaire. Le 24 septembre 2021, la juge instructrice a confié le mandat d'expertise au Centre EJ._____.

bb) La Dre EJ.R._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation, le Dr EJ.P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et EJ.N._____, neuropsychologue, ont procédé aux examens utiles les 24 février et 28 avril 2022.

Par courrier du 25 février 2022 au Tribunal cantonal, la recourante a contesté le déroulement de l'expertise rhumatologique, critiquant la manière de procéder de l'experte EJ.R._____.

Après avoir recueilli de plus amples informations médicales auprès du Centre médical AA._____, en particulier du Dr A._____ (courrier du 12 août 2022 et ses annexes), les experts du Centre EJ._____ ont rendu leur rapport le 6 septembre 2022, retenant les diagnostics suivants avec effet sur la capacité de travail (p. 107) :

« Cervicalgies (CIM-10 M50.8), puis cervico-brachialgies (CIM-10 M53.1) droites sur troubles dégénératifs (07.09.2015) :

Volumineuse protrusion herniaire récesso-foraminale droite C5-C6 pouvant induire un conflit sur la racine C6. Pas de déficit neurologique.

- juillet 2016 : douleurs cervico-dorsales (bloc facettaire thoracique en juin et juillet 2016).
- 15.02.2018 : contrôle IRM, découverte d'une hernie discale C4-C5 foraminale gauche.
- 23.09.2019 : discectomie C4-C5 et C5-C6 par voie antérieure, stabilisation dynamique avec implant type Prestige aux deux niveaux.

Trouble dépressif moyen, épisode isolé, depuis janvier 2022 (DSM 5 296.22 ; CIM-10 F32.1).

Trouble de la personnalité évitante, probablement depuis l'adolescence (DSM 5 301.82 ; CIM-10 F60.6). »

Sans répercussion sur la capacité de travail, les experts ont retenu des douleurs rétro-trochantériennes gauches correspondant probablement à une minime tendinopathie du moyen fessier, des scapulalgies gauches sans substrat anatomique au niveau de l'épaule, des antécédents d'une tuméfaction para-scapulaire gauche d'origine indéterminée en 2015 (structures musculaires normales et homogènes) sans substrat anatomique au jour de l'expertise, des lombalgies chroniques, sans substrat clinique, ni radiologique, des cervicalgies C3-C4 gauches et C2-C3 à droite mineures et une agoraphobie (DSM 5 300.22 ; CIM-10 F40.00). Pour la Dre E.J.R. _____, la recourante s'est trouvée en incapacité de travail à 50 % depuis le 29 septembre 2015, puis à 100 % depuis le 23 novembre 2015. L'experte a indiqué que la recourante avait recouvré une capacité de travail de 50 % depuis le mois de janvier 2018 dans son activité habituelle, sous réserve d'une période post-opératoire, précisant que six mois après, l'intéressée aurait dû recouvrer un taux d'activité de 100 % dans l'activité habituelle après reconditionnement et sevrage du Sirdalud. Pour le Dr E.J.P. _____, la capacité de travail dans l'activité habituelle comme dans l'activité adaptée était de 100 % jusqu'au 31 décembre 2021 puis de 50 % dès le 1^{er} janvier 2022 en raison d'une dépression d'intensité moyenne.

La Dre E.J.R. _____ a été invitée à se déterminer sur les griefs soulevés par la recourante en relation avec son examen clinique, ce qu'elle a fait le 14 novembre 2022, contestant les allégations de l'assurée relatives au déroulement de cet examen. Le Centre E.J. _____ a par ailleurs produit l'enregistrement sonore de l'examen. Tous deux ont été communiqués aux parties le 16 février 2023.

Après avoir recueilli les déterminations des parties (écritures de l'OAI du 11 avril 2023 accompagnée d'un avis SMR du 27 mars 2023 du Dr AL. _____ et de la recourante du 19 avril 2023, accompagnée des

rapports du 10 novembre 2022 de la Dre AD.____ et du 17 novembre 2022 du Dr X.____), la juge instructrice a requis un complément d'expertise le 15 juin 2023 portant sur la chronologie des capacités de travail consensuelles dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée entre septembre 2015 et la date de l'expertise, les raisons médicales ayant guidé l'appréciation diagnostique d'un trouble de la personnalité évitante et le rôle joué par ce trouble de la personnalité dans l'évaluation de la capacité de travail sur la période précitée avec le cas échéant, la date et le motif de la décompensation de ce trouble.

Le 19 juillet 2023, les experts ont déposé leur rapport d'expertise complémentaire, retenant l'évolution suivante de la capacité de travail sur le plan consensuel :

« **Sur le plan interdisciplinaire**

50 % du 29.09.2015 au 22.11.2015

0 % depuis le 23.11.2015 jusqu'au 30.04.2015 (Dr F.____)

0 % du 24.11.2015 au 21.08.2016 (doc 40)

0 % de 2016 au 31.10.2017 (selon informations de l'assurance perte de gain ou de l'assurance maladie)

50 % depuis le 01.01.2018 (bien qu'on lui découvre sur une nouvelle IRM le 15.02.2018 une hernie discale supplémentaire C4-C5 foraminale gauche).

0% du 05 au 12.12.2018

50% jusqu'à la date de l'intervention le 23.09.2019 (licenciée le 29.02.2020 de chez AN.____).

50% (engagement à 50%, AS.____) maintenu après la date de l'expertise pluridisciplinaire du 13.09.2019 (pas d'arguments fiables pour la présente experte pour dire que Madame avait récupéré une capacité de 100%).

0% pendant 6 mois après l'intervention chirurgicale sur les cervicales soit du 23.09.2019 à mars 2020.

Madame est engagée le 15.03.2020 chez AS.____ à 50%

50% dès 01.01.2022.

Les experts ont en outre expliqué pour quels motifs ils renaient un trouble de la personnalité et précisé que le trouble de la personnalité évitante pouvait être augmenté par la dépression, ce qui conduisait à des difficultés relationnelles par évitements multiples et des

conflits menant à des ruptures d'interactions. Le trouble en question n'était pas décompensé mais aggravait l'agoraphobie de l'assurée et à son tour la dépression.

Le 8 août 2023, l'OAI a allégué que le complément d'expertise mis en œuvre ne permettait pas de lever les incertitudes. Relevant que le travail des experts ne présentait pas de défaut majeur dans son déroulé, il a critiqué l'absence de discussion des incapacités de travail retenues, lesquelles demeuraient confuses, et les considérations trop générales quant au rôle joué par le trouble de la personnalité. L'OAI se référait à un avis SMR du Dr AL. _____ du 2 août 2023.

La recourante s'est déterminée personnellement le 22 août 2023 et a produit un nouveau rapport de son psychiatre traitant, le Dr X. _____, du 9 août 2023.

Désormais représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne, la recourante a complété ses déterminations le 15 septembre 2023. Elle a principalement conclu à la réforme de la décision attaquée dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2016 avec intérêts moratoires dès cette date et subsidiairement à l'octroi de mesures professionnelles. Elle a remis en question la date du 1^{er} janvier 2022 à laquelle l'expert psychiatre, le Dr E.J.P. _____, admettait une incapacité de travail sur le plan psychiatrique, se prévalant de l'avis du Dr X. _____, lequel attestait d'une incapacité de travail sur le plan psychiatrique depuis le 29 septembre 2015 (rapport du 9 août 2023). Se prévalant de l'avis de l'expert neuropsychologue, elle a estimé que seule une activité manuelle était exigible, laquelle était cependant inexigible selon elle pour des motifs rhumatologiques. La recourante reproche à l'experte psychiatre d'avoir retenu une capacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle six mois après la mise en œuvre d'un reconditionnement et un sevrage de Sirdalud, lesquels relèveraient selon elle de la pure spéculation. Elle a maintenu ses critiques quant au comportement de l'experte durant les examens.

L'OAI a confirmé sa position le 26 octobre 2023, se référant aux précédents avis du SMR des 27 mars et 2 août 2023.

La recourante a complété ses déterminations le 27 novembre 2023. Elle a relevé, au sujet du complément d'expertise psychiatrique, que l'incapacité de travail au 1^{er} janvier 2022 n'était pas motivée et qu'il convenait de s'en tenir à la position de son psychiatre traitant, lequel attestait d'une incapacité de travail dès le 29 septembre 2015. Sur le plan rhumatologique, elle a confirmé les moyens soulevés dans son écriture du 15 septembre 2023.

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 des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa nouvelle demande du 22 mars 2016. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si, par analogie avec l'art. 17 LPGA, l'intimé était en droit de nier une péjoration de l'état de santé de l'intéressée depuis la décision de refus de rente du 23 juin 2006.

3. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3), le droit applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 dès lors que la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas 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) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la 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.

d) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

5. 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 une base importante 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 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) Selon l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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 de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un

cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

6. a) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées).

b) Il convient 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).

aa) 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 la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée 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 la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

bb) 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 la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée 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).

7. En l'occurrence, la Cour de céans n'a pu que constater les lacunes de l'expertise du Bureau d'expertise E._____ tant sur le plan formel que sur le plan matériel. Le volet rhumatologique, réalisé par le Dr E.R._____ comprenait d'évidentes contradictions. Ainsi, cet expert retenait un status « normal », mais constatait une raideur des cervicales avec une mobilité réduite dans tous les plans et qualifiait l'attitude de la recourante de « précautionneuse » sans expliquer les motifs qui justifiaient cette vague assertion. On ne comprenait en outre pas dans quelle mesure les diagnostics de somatisation et de cervicalgies avec raideur sur hernies discales C4-C5 et C5-C6 pouvaient coexister du fait de leur apparente incompatibilité. Sur le plan psychiatrique, le rapport du Dr E.P._____ apparaissait superficiel et lacunaire, sans analyse détaillée de la structure de la personnalité de la recourante ni anamnèse fouillée, malgré les rapports du Dr X._____ faisant état de troubles de la personnalité voire d'une modification de la personnalité depuis le début de l'âge adulte (rapports des 12 juin 2017, 21 mars, 14 août 2018 et 4 mars 2019), malgré le parcours de vie chaotique de la recourante, que ce soit durant sa jeunesse ou son parcours professionnel perturbé et malgré l'absence de confiance en soi et la mauvaise estime de soi. Le diagnostic de somatisation retenu par le Dr E.P._____ semble également particulièrement peu étayé en présence d'un lourd parcours rhumatologique bien établi par les pièces du dossier. De plus, les experts n'avaient pas eu l'occasion de prendre position sur les examens neuropsychologiques réalisés par AG._____ (rapport du 27 novembre 2017), lesquels avaient pourtant été mis en œuvre sous l'égide du SMR (avis du SMR du 4 octobre 2017). Aussi, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire apparaissait nécessaire.

8. Selon les experts du Centre EJ._____, la recourante présente les diagnostics – avec répercussion sur la capacité de travail – de cervicalgies (CIM-10 M50.8), puis de cervico-brachialgies (CIM-10 M53.1) droites sur troubles dégénératifs depuis le 7 septembre 2015 avec une

volumineuse protrusion herniaire récesso-foraminale droite C5-C6 pouvant induire un conflit sur la racine C6 sans déficit neurologique, de douleurs cervico-dorsales au mois de juillet 2016 (bloc facettaire thoracique en juin et juillet 2016), d'hernie discale C4-C5 foraminale gauche découverte lors d'une IRM le 15 février 2018 et de status post discectomie C4-C5 et C5-C6 par voie antérieure, stabilisation dynamique avec implant type Prestige aux deux niveaux le 23 septembre 2019, ainsi que de trouble dépressif moyen, épisode isolé, depuis le mois de janvier 2022 (DSM 5 296.22 ; CIM-10 F32.1) et de trouble de la personnalité évitante, probablement depuis l'adolescence (DSM 5 301.82 ; CIM-10 F60.6). La recourante présente encore - sans incidence sur la capacité de travail - les diagnostics de douleurs rétro-trochantériennes gauches correspondant probablement à une minime tendinopathie du moyen fessier, de scapalgies gauches sans substrat anatomique au niveau de l'épaule, d'antécédents d'une tuméfaction para-scapulaire gauche d'origine indéterminée en 2015 (structures musculaires normales et homogènes) sans substrat anatomique au jour de l'expertise, de lombalgies chroniques, sans substrat clinique, ni radiologique, de cervicalgies C3-C4 gauches et C2-C3 à droite mineures et d'agoraphobie (DSM 5 300.22 ; CIM-10 F40.00). Du point de vue neuropsychologique, les troubles actuels, mnésiques et exécutifs, n'avaient que peu changé par rapport à l'examen de 2017 et présentaient une étiologie psychique, anxieuse et dépressive « *très vraisemblable* » selon l'expert E.J.N._____.

Sur le plan rhumatologique, la Dre E.J.R._____ a détaillé les taux d'activités exigibles en ces termes (cf. aussi expertise, pp. 34-35) :

« 50 % du 29.09.2015 au 22.11.2015

0 % depuis le 23.11.2015 jusqu'au 30.04.2015 (Dr F._____)

0 % du 24.11.2015 au 21.08.2016 (doc 40)

0 % de 2016 au 3.10.2017 (selon informations de l'assurance perte de gain ou de l'assurance maladie)

50 % depuis le 01.01.2018 (bien qu'on lui découvre sur une nouvelle IRM le 15.02.2018 une hernie discale supplémentaire C4-C5 foraminale gauche).

0 % du 05 au 12.12.2018

50 % jusqu'à la date de l'intervention le 23.09.2019 (licenciée le 29.02.2020 de chez AN._____).

50 % (engagement à 50%, AS._____) maintenu après la date de l'expertise pluridisciplinaire du 13.09.2019 (pas d'arguments fiables pour la présente experte pour dire que Madame avait récupéré une capacité de 100%).

0 % pendant 6 mois après l'intervention chirurgicale sur les cervicales soit du 23.09.2019 à mars 2020.

Madame est engagée le 15.03.2020 chez AS._____ à 50 %.

Maintien du 50 % depuis la date de l'expertise présente le 24.02.2022.

100 % dès le 01.09.2022, 6 mois après la mise en route du traitement proposée par la présente experte (sevrage du Sirdalud et des autres médicaments, rééducation sous la formation d'un reconditionnement musculaire des cervicales). »

Quant au Dr EJ.P._____, il retient une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique jusqu'au 31 décembre 2021, puis admet une incapacité de travail de 50 % dès le 1^{er} janvier 2022 en raison du trouble dépressif moyen. Sur le plan neuropsychologique enfin, une diminution de rendement de 30 % est admise par l'expert EJ.N._____ dans l'activité habituelle avec la précision que les atteintes présentaient une étiologie psychique. En revanche, dans une activité adaptée manuelle ne sollicitant que peu l'attention et pas du tout la mémoire, ni la lecture d'instructions écrites complexes, la capacité de travail serait de 100 %.

9. a) La recourante conteste la valeur probante du volet rhumatologique de l'expertise judiciaire réalisée par la Dre EJ.R._____. Elle reproche notamment à l'experte, d'une part, le comportement qu'elle a adopté durant l'examen clinique et, d'autre part, le fait d'avoir retenu qu'une entière capacité de travail était exigible après le sevrage du Sirdalud et des autres médicaments et un reconditionnement musculaire des cervicales, qualifiant cet avis de spéculatif.

Quant à l'intimé, il admet que l'expertise présente des status complets, des anamnèses fouillées, une élaboration argumentée des diagnostics et une bonne étude des ressources. Il reproche cependant à l'experte rhumatologue d'avoir mentionné les diverses incapacités de travail et les inscriptions au chômage sans s'être positionnée sur ce point

(cf. avis SMR du 27 mars 2023), puis de s'être contentée de valider les incapacités de travail prescrites et d'avoir constaté les taux d'activités des emplois occupés par la recourante sans s'être interrogée sur l'origine de ces incapacités de travail ni sur le fait qu'elles aient été justifiées ou non (avis SMR du 2 août 2023).

b) Rien ne corrobore les allégations de la recourante relatives à l'attitude inappropriée de la Dre E.J.R._____. Le contenu de l'enregistrement sonore de l'entretien permet d'écarter les griefs de l'assurée et confirme au demeurant les explications données par la Dre E.J.R._____ dans sa prise de position écrite du 14 novembre 2022. De plus, la recourante ne précise pas, en particulier dans ses déterminations du 15 septembre 2023 (cf. p. 4) quels passages des enregistrements prêteraient flanc à la critique, si bien que le grief, guère motivé, demeure vague et inconsistant. A cet égard, on souligne aussi l'objectivité de l'experte dont les conclusions sont cohérentes avec l'historique médical et le status observé à l'examen (cf. consid. 9c ci-dessous).

c) En l'occurrence, la recourante s'est retrouvée en incapacité de travail à 50 % depuis le 29 septembre 2015, puis à 100 % dès le 23 novembre 2015, ceci sans interruption notable pendant une année (expertise, pp. 34-35. Cette incapacité de travail est établie par les certificats médicaux de son médecin traitant de l'époque, le Dr F._____. Elle est corroborée par le dossier de la N._____ et d'ailleurs admise par son médecin-conseil, le Dr AT._____ (avis du médecin-conseil des 13 janvier, 17 février et 12 octobre 2016). L'experte rappelle ensuite qu'une nouvelle hernie discale est apparue et qu'après l'opération et une incapacité de travail totale de 6 mois du 23 septembre 2019 au mois de mars 2020, une capacité de travail à 50 % était raisonnable en post-opératoire jusqu'au jour de l'expertise au Centre E.J._____, laquelle a permis d'identifier la problématique médicamenteuse. Après avoir soigneusement examiné les plaintes de la recourante, la Dre E.J.R._____ a procédé à un examen clinique durant lequel elle a constaté que la recourante présentait une peur importante lors des mouvements de

rotations et flexions/extensions des cervicales dans un contexte d'une prise de Sirdalud quotidienne depuis plusieurs années, laquelle empêchait tout reconditionnement musculaire et donnait une certaine faiblesse relative à la musculature cervicale, qui était beaucoup plus sous tension, notamment lors du penché de la tête en avant que l'intéressée adoptait spontanément. Appelée à argumenter les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail, la Dre E.J.R. _____ a expliqué ce qui suit (pp. 47-48) :

« Au moment de l'expertise au SMR [recte : au Bureau d'expertise E. _____], selon l'historique pharmaceutique relevé par l'experte, Madame déjà depuis octobre 2019 prenait une quantité considérable d'antalgiques sous forme de Minalgine et de Codafalgan, ainsi qu'un myorelaxant, le Sirdalud de manière quotidienne (cf historique Pharmaceutique, notamment achat de Sirdalud 200cp en décembre 2018 (1cp/j ou 2cp/j) et rachat 100cp en sept 2019, octobre 2019, novembre 2019 et décembre 2019).

Les cervicalgies sont donc perçues de manière intense, l'experte ne pense pas que Madame aurait pris autant de médicaments si elle n'était pas algique et avait essayé de tromper l'expert au SMR [recte : Bureau d'expertise E. _____].

Par contre, il faut noter que la prise régulière de Sirdalud quotidienne empêche tout reconditionnement musculaire cervical et a mis l'assurée dans une condition de faiblesse musculaire et l'a rendue particulièrement vulnérable à la position assise, la tête penchée en avant, pour réaliser son travail de secrétaire ou secrétaire-comptable. Tout reconditionnement musculaire sous ce traitement myorelaxant est inefficace. Madame avoue qu'elle prend ce médicament pour s'endormir maintenant. Il faudra un arrêt progressif pour ne pas réaliser un sevrage trop brutal avec un manque.

Finalement, les douleurs liées à un déconditionnement musculaire de la musculature de soutien de la tête nécessitent l'adjonction de Codafalgan, ce sont deux médicaments à action centrale, qui peuvent avoir une influence sur la cognition.

Madame présente une certaine kinésiophobie, mais également une véritable limitation dans les rotations, les inclinaisons latérales et en flexion/extension de la nuque, par manque de prise en charge en physiothérapie. La physiothérapie aurait eu également un impact sur la peur du mouvement.

Au cours de l'anamnèse, Madame n'a pas été prise en défaut. Elle a de tous petits mouvements automatiques du chef, mais jamais l'experte ne l'a vue tourner la tête avec une amplitude supérieure à celle examinée.

De cette perception des douleurs particulièrement intenses à une intensité chiffrée entre 6 et 7/10 cm EVA (augmentation de la consommation médicamenteuse de Minalgine, Codafalgan à partir de juin 2016 avec une moyenne de 80 cp de Minalgine par mois, 160 cp de Codafalgan par mois, adjonction de Sirdalud 4 mg à partir

d'avril 2016, alors qu'auparavant la consommation était de Minalgine 20 cp par mois, ou 40 cp par mois, Codafalgan 80 cp à 160 cp par mois, et ne consommait que Sirdalud 2 mg au lieu de 4 mg). La consommation médicamenteuse d'antalgiques a augmenté dès 2017, pour rester stable en 2018 sur la base de 4 cp de Codafalgan de manière quotidienne, Minalgine en moyenne 3 cp/j, augmentation de la consommation de Codafalgan durant l'année 2019, entre 120 et 160 cp par mois.

Lors de l'expertise de septembre 2019, Madame prenait beaucoup de médication antalgique CoDafalgan 4 à 6 cp/j et Minalgine ; l'experte n'a fait qu'énoncer la liste sans noter la posologie. Notons que de telles doses de CoDafalgan induisent un effet myorelaxant, donc d'une part ne permet pas de repérer des contractures musculaires et d'autre part est délétère lorsqu'il faut pour travailler pencher la tête en avant, car cela induit un déconditionnement musculaire qui va créer secondairement une faiblesse et donc des douleurs de position »

Il convient de suivre les conclusions motivées de la Dre E.J.R._____. Celle-ci a en effet fait une évaluation minutieuse de la capacité de travail de la recourante, en l'interrogeant précisément sur l'impact de chacune des atteintes et en appréciant ses réponses au regard de l'examen clinique et de l'ensemble des informations figurant au dossier. Elle a expliqué de manière motivée et convaincante pour quelles raisons elle s'écartait de l'expertise du Bureau d'expertise E._____. (Expertise Centre E.J._____, pp. 63-64). Elle souligne à cet égard que si l'on tient compte de l'entière des plaintes de la recourante, les douleurs mentionnées et leur intensité s'expliquaient par l'évolution délétère des troubles dégénératifs et par la consommation d'antalgiques dont l'évolution correspondait à ce qui était attendu, ceci sans discordance entre les plaintes de la recourante, son comportement, ses limitations fonctionnelles et la description de sa vie quotidienne (Expertise Centre E.J._____, pp. 50-51). On relève d'ailleurs qu'initialement, la prescription d'antalgiques et de myorelaxants visait à limiter la contracture paravertébrale importante et les effets de la protrusion discale récessale et foraminale droite au niveau des vertèbres C5-C6 (rapport du 16 décembre 2015 du Centre hospitalier K._____.). La recourante a ensuite fait l'objet de nombreux examens en rhumatologie et en neurochirurgie avec des essais d'infiltrations, lesquels ne se sont pas révélés concluants et ont amené à s'interroger sur une probable composante psychique (rapport du 17 février 2016 Dr D._____. ; rapport

du 16 mars 2016 du Dr G._____, proposant une discectomie qui sera effectuée en 2019 ; rapport des 20 et 27 mai, 28 octobre et 29 décembre 2016 du Centre hospitalier K._____), ceci dans le contexte d'une intolérance à un certain nombre de molécules usuellement prescrites en antalgie (rapport du 10 juillet 2017 de la Dre AD._____) et de l'apparition d'une nouvelle hernie (IRM de la colonne cervico-dorsale des 15 février 2018 et 2 avril 2019), ce qui a abouti aux discectomies C4-C5 et C5-C6 réalisées le 23 septembre 2019 par le Prof. A._____. Dans ce lourd contexte, l'absence de période d'incapacité durable de travail (cf. rapport le 13 septembre 2019 du Bureau d'expertise E._____; avis SMR du 28 octobre 2019) avait de quoi surprendre. Il convient de rappeler que l'appréciation de la Dre EJ.R._____, laquelle a confirmé l'historique des incapacités de travail retenues par les médecins-traitants est en soi une évaluation expertale - parfaitement cohérente avec le dossier somatique - qui est dûment motivée par des status complets, des anamnèses fouillées, une élaboration argumentée des diagnostics et une bonne étude des ressources. Il est ainsi contradictoire de prétendre, comme tente de le soutenir le SMR (avis du 27 mars 2024), que les conclusions concernant les périodes d'incapacité de travail ne seraient pas motivées.

Contrairement à ce que soutient la recourante, la Dre EJ.R._____ a expliqué de manière convaincante pour quels motifs le servage du Sirdalud et la mise en place d'un traitement adéquat de physiothérapie étaient exigibles (Expertise Centre EJ._____, pp. 57-59). Elle a également relevé que le recours aux soins était bien investi, la prise d'antalgiques hors schémas et hors contrôle traduisant le poids des souffrances de la recourante (Expertise Centre EJ._____, p. 111). Elle a retenu qu'il n'y avait pas d'activité plus adaptée (« *pas de poste de travail plus adéquat* ») que celle de secrétaire-comptable exercée pour AS._____. L'experte a estimé que cette activité était exigible, sur le plan rhumatologique, à 100 %, ceci six mois après le servage du Sirdalud (Expertise Centre EJ._____, p. 66). Quant au bref avis de la Dre AD._____ (rapport du 10 novembre 2022), celui-ci n'est guère motivé et n'explique pas pour quels motifs les propositions thérapeutiques de la Dre EJ.R._____ ne seraient pas exigibles, étant au demeurant

observé qu'au vu des conclusions de l'expert psychiatre, cette question n'a qu'une portée médicale et n'a pas d'impact sur l'évolution du droit à la rente de la recourante. En ce sens, la conclusion de la Dre E.J.R. _____ apparaît bienveillante et guidée par le seul souci d'atténuer les souffrances de la recourante. La Dre A.D. _____ n'explique pas davantage en quoi l'avis du neurochirurgien traitant serait nécessaire, la recourante ne l'ayant d'ailleurs pas demandé bien que représentée par son assurance protection juridique puis par un avocat. Dans ces conditions, et au vu du rôle différent de l'expert judiciaire et du médecin traitant, qui peut se trouver dans une position délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique en raison du rapport de confiance et de la relation thérapeutique qu'il a avec le patient, le rapport d'expertise judiciaire est davantage probant, sans qu'un complément d'information auprès du neurochirurgien traitant ne se justifie.

Au final, sur le plan rhumatologique, la recourante a présenté une incapacité de travail dans l'activité habituelle, laquelle est adaptée, de 50 % depuis le 29 septembre 2015, de 100 % dès le 23 novembre 2015, puis de 50 % dès le 1^{er} janvier 2018 sous réserve d'une incapacité de travail à 100 % du 23 septembre 2019 au mois de mars 2020. Il n'y a pas lieu de tenir compte de la capacité de travail médico-théorique de 100 % attestée par la Dre E.J.R. _____ à compter du 1^{er} septembre 2022, dès lors que le sevrage du Sirdalud et le reconditionnement n'ont pas eu lieu et qu'une capacité de travail de 100 % n'a objectivement pas été attestée.

10. a) Sur le plan psychiatrique, la recourante reproche au Dr E.J.P. _____ de n'avoir retenu une incapacité de travail à 50 % qu'à compter du 1^{er} janvier 2022 alors qu'elle était suivie par un psychiatre et une psychologue depuis 2016-2017. Elle soutient que la date retenue par l'expert judiciaire était dénuée de toute pertinence. Elle se prévaut du rapport du 9 août 2023 du Dr X. _____ qui a attesté d'une incapacité de travail sur le plan psychiatrique depuis le 21 mars 2018. Elle relève également que le pronostic de l'expert E.J.P. _____ serait « *optimiste et simpliste* », son psychiatre traitant expliquant qu'elle présentait un « *taux*

résiduel de 50 %, faute de quoi l'équilibre psychique et physique banal dont [elle jouissait pouvait] s'effondrer » (cf. rapport du 18 novembre 2019). Sur le plan neuropsychologique, elle souligne que l'expert E.J.N._____ relevait qu'une capacité de travail de 100 % n'était exigible que dans une activité manuelle, laquelle n'était pas possible pour des motifs somatiques.

Quant à l'intimé, il reproche à l'expert psychiatre de ne s'être positionné qu'à partir du 1^{er} janvier 2022 quant à la capacité de travail, de ne pas avoir discuté les diagnostics retenus par le Dr E.P._____ (avis SMR du 27 mars 2023) relevant qu'il n'était pas possible qu'un trouble de la personnalité soit apparu entre l'expertise administrative et l'expertise judiciaire (avis SMR du 2 août 2023).

c) S'agissant de la critique du SMR sur le diagnostic de trouble de la personnalité évitante qui n'a pas été retenu par le Dr E.P._____, il convient de rappeler que pour se prononcer sur l'avis d'un confrère, un médecin doit au moins pouvoir se fonder sur des éléments du dossier. Or, dès lors que l'analyse du Dr E.P._____ ne répond pas aux règles de l'art de l'expertise (anamnèse insuffisante et absence d'analyse fouillée du profil de la personnalité) et est insuffisante pour répondre aux questions soulevées par ce dossier, il n'existe tout simplement pas d'élément fiable à comparer. La vague mention d'une accentuation de traits de personnalité par le premier expert, laquelle n'est pas explicitée ni justifiée par des considérations médicales, ne permet pas davantage de comparer quoi que ce soit ni de prendre position. Force est ainsi de constater qu'au vu des lacunes manifestes de cette première évaluation psychiatrique, l'expert judiciaire ne disposait pas de base de comparaison expertale fiable sur laquelle s'appuyer (cf. consid. 7). Aussi, la discussion des diagnostics psychiatriques au terme d'un examen complet et fouillé tant sur le plan clinique qu'asséculogique, comme l'a justement fait le Dr E.J.P._____, emporte la conviction de la Cour de céans, étant souligné que le diagnostic a encore été réexpliqué à l'intimé dans le complément d'expertise du 19 juillet 2023. En particulier, l'expert judiciaire a bien

expliqué les interactions entre les diagnostics en ces termes (Expertise Centre EJ._____, p. 92, cf. aussi complément d'expertise) :

« Sur le plan psychiatrique, l'évolution majeure observée est l'évitement social qui est généré par la personnalité évitante, à une moindre mesure l'agoraphobie, mais également peut-être augmentée par la dépression d'intensité moyenne »

Ainsi, le diagnostic de trouble de la personnalité n'est pas apparu entre l'expertise administrative et l'expertise judiciaire, mais ses effets s'en sont trouvés augmentés par la dépression moyenne, ce qui explique aisément le raisonnement de l'expert pour la période débutant le 1^{er} janvier 2022. Le Dr X._____ admet d'ailleurs que fin 2021, divers facteurs de stress ont joué un rôle dans l'aggravation de l'état de santé psychique de la recourante (rapport du 17 novembre 2022). Quant à la période antérieure, la question de l'évolution de l'incapacité de travail sur le plan psychiatrique peut rester ouverte dans la mesure où l'incapacité de travail de 50 % retenue sur le plan somatique couvre toute éventuelle incapacité de travail sur le plan psychique dont aucune des parties ne soutient plus qu'elle était supérieure à 50 % (cf. en dernier lieu rapport du 9 août 2023 du Dr X._____ et avis SMR du 2 août 2023).

Sur le plan neuropsychologique, l'expert EJ.N._____ a considéré que les troubles actuels, mnésiques et exécutifs, n'avaient que peu changé par rapport à l'examen de 2017 et présentaient une étiologie psychique, anxieuse et dépressive « *très vraisemblable* » déjà mentionnée par la neuropsychologue AG._____ dans son rapport du 27 novembre 2017, si bien qu'il convient d'en référer à l'expertise psychiatrique du Dr EJ.P._____. Quant au diagnostic de trouble de l'attention/TDAH, celui-ci n'est pas démontré au degré de la vraisemblance prépondérante, faute de critères suffisants, même s'il est possible que la recourante en ait souffert durant son enfance (expertise Centre EJ._____, pp. 89-90), période non concernée par la demande de prestations Al litigieuse.

L'expert psychiatre expose que le tableau clinique, qu'il décrit correctement, est cohérent compte tenu de ces diagnostics et qu'il n'existe pas de discordance entre les plaintes et le comportement de l'assurée. La limitation principale de la recourante, associée à une dépression d'intensité moyenne apparue au mois de janvier 2022 en raison de difficultés relationnelles constantes avec son patron (Expertise Centre EJ._____, p. 70), d'une collègue dont le burnout avait engendré une surcharge de travail (ibid.) et d'une anxiété par rapport à la santé de sa compagne (Expertise Centre EJ._____, p. 68), résulte de l'évitement social et de l'isolement, lequel limite les compétences relationnelles en raison d'absence d'exposition à l'environnement et empêche l'assurée de fonctionner dans tous les domaines de la vie. Ainsi, les conclusions du Dr EJ.P._____ sont claires et convaincantes, prennent en compte les plaintes de la recourante et reposent sur une anamnèse complète. Il en va également ainsi des propositions thérapeutiques qu'il émet à savoir une augmentation du rythme de la psychothérapie et une adaptation de la médication dès lors que s'agissant de la molécule prescrite, à savoir le Rebalance 500 mg, le compendium mentionne le traitement de courte durée d'épisodes dépressifs de légers à modérés et non une dépression moyenne comme en l'espèce. En conclusion, l'atteinte à la santé apparaît de gravité moyenne au sens des indicateurs dans le contexte d'un traitement qui peut encore être amélioré chez une assurée qui continue de travailler, si bien que les conclusions de l'expert sont cohérentes avec les limitations actuelles de la recourante et son parcours professionnel.

S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail du psychiatre traitant en procédure administrative, elle ne peut pas être suivie. En effet, le Dr X._____ ne manque pas de décrire les ressources dont dispose sa patiente, ceci spécialement dans son rapport du 21 mars 2018 (efforts fournis afin de retrouver un travail ; implication au travail afin d'améliorer son rendement, bonnes ressources intellectuelles). Cependant, même si des limitations fonctionnelles sont relevées par le psychiatre traitant (difficultés relationnelles, difficultés dans la gestion des émotions, difficultés liées aux tâches administratives, hypersensibilité au stress ; capacités de concentration, d'attention, de compréhension,

mnésiques, d'organisation, de planification et d'adaptation au changement limitées ; activités en contact avec la clientèle ou exigeant de fréquents contacts interpersonnels, exigeant une grande autonomie et impliquant des tâches complexes possibles de manière fluctuante ; pas d'activités exigeant de l'endurance, impliquant du stress, nécessitant de la rapidité et une adaptation permanente), le parcours professionnelle de la recourante, laquelle a su se réorienter à répétées reprises et maintenir des relations familiales stables, montrent que l'intéressée a disposé dans un premier temps de bonnes ressources, les limitations relevant ainsi de la sphère somatique (cf. consid. 9). Sous l'angle thérapeutique, le Dr X. _____ n'explique pas dans ses derniers rapports des 17 novembre 2022 et 9 août 2023 pour quels motifs, le traitement proposé par l'expert (augmentation de la psychothérapie une semaine sur deux et antidépresseur adapté) n'est pas adéquat dans le cas de la recourante et pour quelles raisons la molécule qu'il a prescrite serait suffisante. Les rapports des 17 novembre 2022 et 9 août 2023 du Dr X. _____ ne rendent ainsi pas vraisemblable une plus ample atteinte invalidante à sa santé psychique qui contredirait le rapport d'expertise du Dr E.J.P. _____ et ne mettent pas en doutes les conclusions de cet expert.

11. Il résulte de ce qui précède que la recourante a présenté, au terme du délai de carence d'une année (art. 28 al. 1 let. b LAI), une incapacité de travail de 50 % depuis le 29 septembre 2015, de 100 % dès le 23 novembre 2015, puis de 50 % dès le 1^{er} janvier 2018 sous réserve d'une incapacité de travail à 100 % du 23 septembre 2019 au mois de mars 2020. L'intéressée disposant encore d'une capacité de travail dans son activité habituelle, le degré d'invalidité est identique au taux de l'incapacité de travail (application de la méthode de la comparaison en pour-cent ; TF 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4 ; 9C_137/2010 du 19 avril 2010 ; 9C_396/2009 du 12 février 2010 consid. 3.2). Elle a ainsi droit à une rente entière de l'assurance-invalidité du 1^{er} octobre 2016 au 31 mars 2018 (art. 28 al. 2 LAI), soit trois mois après avoir recouvré une capacité de travail partielle (art. 88a RAI), puis à une demi rente dès le 1^{er} avril 2018 (art. 28 al. 2 LAI). En raison de la discectomie C4-C5 et C5-C6 le 23 septembre 2019, qui a donné lieu à une incapacité de travail de

100 % durant 6 mois selon la Dre E.J.R. _____, la recourante à droit à une rente entière du 1^{er} décembre 2019 au 30 mai 2020, soit trois mois après l'opération et après avoir recouvré une capacité de travail partielle (art. 88a RAI), puis à nouveau à une demi rente dès le 1^{er} juin 2020.

12. Vu ce qui précède, l'instruction apparaît suffisante, les éléments au dossier permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a pas lieu d'ordonner de mesures d'instruction complémentaires. En conséquence, une demande d'information auprès du neurochirurgien traitant ou un complément d'expertise, voire une nouvelle expertise, n'apparaissent pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peuvent dès lors être écartés par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

13. a) Dans son écriture du 15 septembre 2023, la recourante a conclu à la mise en œuvre de mesures professionnelles.

b) aa) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et réf. cit.), celles-ci ne devant pas être allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1). Le droit

à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée (TF 9C_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 5.1 et la jurisprudence citée). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1 ; TFA I 370/98 du 26 août 1999 publié in : VSI 3/2002 p. 111 consid. 2 et réf. cit.).

Aux termes de l'art. 15 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle.

bb) L'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession, bien qu'il soit capable, en soi, d'opérer un tel choix. L'invalidité au sens de cette disposition réside dans l'empêchement de choisir une profession ou d'exercer l'activité exercée jusqu'alors à la suite de problèmes de santé. Est à prendre en considération tout handicap physique ou psychique propre à réduire le nombre des professions et activités que l'assuré pourrait exercer, compte tenu des dispositions personnelles, des aptitudes exigées et des possibilités disponibles, ou à empêcher l'exercice de l'activité déployée jusqu'à présent. L'octroi d'une orientation professionnelle suppose que l'assuré soit entravé, même de manière faible, dans sa recherche d'un emploi adéquat à la suite de problèmes de santé. Sont exclus les handicaps insignifiants qui n'ont pas pour effet de provoquer un empêchement sérieux et qui, par conséquent, ne justifient pas l'intervention de l'assurance-invalidité. L'orientation professionnelle doit guider l'assuré vers l'activité dans laquelle il aura le plus de chances de succès, compte tenu de ses dispositions et de ses aptitudes. Parmi les

mesures qui peuvent entrer en ligne de compte figurent notamment les entretiens d'orientation, les tests d'aptitudes ou encore les stages d'observation en milieu ou hors milieu professionnel (ATF 114 V 29 consid. 1a ; TF 9C_534/2010 du 10 février 2011 consid. 3.2 et les références citées).

cc) A teneur de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas. En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé (ATF 139 V 399 consid. 5.4 p. 403). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; 130 V 488 consid. 4.2 et les références).

c) En l'occurrence et en l'état, il y a lieu de nier le droit de la recourante aux mesures professionnelles. Certes, la recourante présente une incapacité de gain de plus de 20 %. Elle dispose toutefois d'une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle, laquelle est adaptée selon les experts. De plus, la recourante est active à un taux d'activité de 50 %, ce qui représente le maximum exigible, si bien qu'il y a lieu de considérer qu'elle s'est réadaptée par elle-même, ce qui constitue au demeurant un aspect de l'obligation de diminuer le dommage (TF 9C_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 7 ; 9C_304/2020 du

8 juillet 2020 consid. 3 ; 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les références). Aussi, des prestations de l'assurance-invalidité d'ordre professionnelle ne sont pas nécessaires à la recourante en l'état.

Mal fondé, cette conclusion doit être rejetée.

14. **a)** Le recours doit en conséquence être admis et la décision entreprise réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité du 1^{er} octobre 2016 au 31 mars 2018, puis à une demi rente du 1^{er} avril 2018 au 30 août 2019, puis à une rente entière du 1^{er} décembre 2019 au 30 mai 2020 et à une demi rente dès le 1^{er} juin 2020.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de ses conseils (art. 61 let. g LPGGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'067 fr. 20, 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 la partie intimée. Ce montant comprend un montant de 3'000 fr. pour les interventions d'Y. _____ et de Me Elsig ainsi qu'une indemnité de 67 fr. 20 (trois aller-retour plein-tarif [...] [...] en 2^e classe, cf. www.cff.ch) pour les frais de déplacement lors de l'expertise judiciaire (cf. courrier du 16 mai 2022 de la recourante et ses annexes ; courrier de la juge instructrice du 31 mai 2022), étant souligné que la recourante a admis qu'elle utilisait les transports en commun (expertise Centre Ej. _____, p. 70), qu'aucun élément du dossier n'indique de limitation médicale à cet égard et qu'il était donc attendu qu'elle se rende aux examens par ce moyen (cf. arrêt CASSO AI 20/19 - 33/2022 du 28 janvier 2022 consid. 12c).

d) Dans la mesure où l'intimé aurait déjà dû, au vu de l'insuffisance manifeste du rapport d'expertise du Bureau d'expertise E._____ (cf. consid. 7), compléter l'instruction en application de son devoir d'instruire la cause d'office (art. 43 al.1 LPGA) et ordonner une nouvelle expertise, les frais de l'expertise judiciaire, d'un montant de 16'049 fr. seront mis à sa charge (art. 45 al. 1 LPGA ; cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4 ; TF 9C_758/2019 consid. 3.2 du 4 février 2020).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 23 janvier 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que Z._____ a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité du 1^{er} octobre 2016 au 31 mars 2018, puis à une demi rente du 1^{er} avril 2018 au 30 août 2019, puis à une rente entière du 1^{er} décembre 2019 au 30 mai 2020 et à une demi rente dès le 1^{er} juin 2020.

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

- IV. Les frais d'expertise judiciaire du Centre Ej._____, d'un montant de 16'049 fr. (seize mille quarante-neuf francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Z._____ la somme de 3'067 fr. 80 (trois mille soixante-sept francs et vingt centimes), à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Didier Elsig (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :