

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 novembre 2018

Composition : M. MÉTRAL, président
M. Piguet, juge, et M. Riesen, juge suppléant
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

P. _____, à Lausanne, recourante, représentée Fortuna Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, à Nyon,

et

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

Art. 6 et 8 al. 1 LPGA ; art. 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante [...] née en [...], mère de trois enfants nés en [...], [...] et [...], a travaillé en qualité de caissière pour le compte de la C._____, à 80%, depuis février 2002. Le 16 mars 2015, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle présentait une incapacité de travail depuis le 27 octobre 2014, à 100% jusqu'au 15 février 2015, puis à 50%, en raison de douleurs au dos et à l'épaule gauche.

Procédant à l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé) s'est enquis de l'état de santé de l'assurée auprès de ses médecins traitants.

Le 25 mars 2015, la Dresse F._____, spécialiste en rhumatologie, a transmis à l'OAI son rapport du 13 février 2015 à la Dresse L._____, médecin traitant, aux termes duquel l'assurée souffrait d'un conflit sous-acromial gauche (tendinopathie du sus-épineux gauche), de lombalgies avec irradiation pseudo-radiculaire dans le membre inférieur gauche sur discopathie L4-L5 avec saillie discale paramédiane droite et sur dysbalance musculaire, de surcharge pondérale et d'épisode dépressif. La Dresse F._____ a indiqué que la symptomatologie était mécanique et que l'amélioration partiellement favorable récente était probablement associée au Citalopram prescrit par le médecin traitant en raison de la réactivation d'un épisode dépressif sur une problématique familiale. Elle a en outre estimé qu'une reprise de l'activité professionnelle à temps partiel, associée à la poursuite de la physiothérapie, devrait pouvoir s'envisager.

Interpellée par l'OAI en vue de déterminer son statut (personne active/personne occupée à la tenue du ménage), l'assurée a indiqué le 27 mars 2015 qu'en l'absence d'atteinte à la santé, elle travaillerait à 80% comme vendeuse-caissière, par nécessité financière.

Dans un rapport du 30 avril 2015, la Dresse L._____ a retenu les diagnostics incapacitants de conflit sous-acromial gauche, tendinopathie du sus-épineux gauche, de lombalgies avec irradiation pseudo-radiculaire dans le membre inférieur gauche sur discopathie L4-L5 avec saillie discale paramédiane droite sur dysbalance musculaire et d'état dépressif. Elle a attesté une incapacité de travail à 100% du 27 octobre 2014 au 15 février 2015, à 50% du 16 février au 31 mars 2015, à 100% du 1^{er} avril au 30 avril 2015, et a préconisé une reprise du travail à 50% dès le 1^{er} mai 2015.

Dans un avis du 8 juillet 2015, le Dr N._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a retenu que la Dresse F._____ avait recommandé une reprise du travail et a estimé qu'en l'absence d'une incapacité de travail à 100% attestée par un médecin spécialiste, il y avait lieu de considérer que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle dès le 1^{er} avril 2015.

Par décision du 18 septembre 2015, confirmant un projet de décision du 10 juillet 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, estimant que dès le 1^{er} avril 2015, elle avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de caissière.

S'adressant à l'OAI le 30 septembre 2015, le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'assurée souffrait d'un état dépressif sévère associé à une anxiété importante. Il a requis de l'OAI la poursuite de l'instruction du dossier de sa patiente.

Compte tenu de ce nouvel élément, l'OAI a repris l'instruction du dossier. Il est entré en possession d'un certificat médical du 16 septembre 2015 du Dr S._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, indiquant que l'assurée connaissait une limitation dans les activités nécessitant le maintien d'une position statique du tronc ou avec peu de mobilisation durant plus d'une heure à une heure et demie. Le

médecin a attesté une pleine capacité de travail dans une activité permettant un changement régulier de position, soit environ une fois par heure.

Dans un rapport du 23 décembre 2015 à l'OAI, le Dr D._____ a posé les diagnostics de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, depuis l'été 2015 (F33.11), de rachialgies chroniques (depuis 2008) dans le cadre d'un déconditionnement musculaire et de troubles statiques modérés du rachis, de tendinopathie du sus-épineux aux deux épaules, ainsi que possiblement du long chef du biceps droit. Sous la rubrique « Autres diagnostics », le Dr D._____ a mentionné une personnalité immature de type dépendante (F60.7), et une hypertension artérielle traitée. Le psychiatre a attesté une incapacité de travail à 100% de fin octobre 2014 à mi-février 2015, à 50% de mi-février à fin mars 2015 et à 100% depuis début avril 2015, estimant qu'une reprise du travail pouvait être envisagée en mars ou avril 2016, à 50%.

Dans un avis du 15 mars 2016, le Dr N._____ a observé que la seule atteinte « invalidante » retenue par la Dresse F._____ était un déconditionnement musculaire, lequel n'était pas reconnu comme invalidant dans le cadre de l'assurance-invalidité. Au plan psychiatrique, le Dr N._____ a déduit du rapport du 23 décembre 2015 du Dr D._____ que l'épisode dépressif signalé en septembre 2015 était en rémission, puisque le psychiatre avait constaté une amélioration de la thymie de l'assurée ainsi que la résolution du conflit avec sa fille aînée, et avait préconisé une reprise de l'activité professionnelle à la fin mars 2016 afin de laisser à l'intéressée du temps pour son traitement de physiothérapie intensive de reconditionnement. Le Dr N._____ a donc retenu une incapacité de travail du 6 juin au 22 décembre 2015 en raison de l'épisode dépressif signalé par le Dr D._____, estimant que dès le 23 décembre 2015, l'assurée se trouvait dans la même situation que celle prévalant dès le 1^{er} avril 2015, à savoir en pleine capacité de travail, le seul trouble prévalant à cette date étant un déconditionnement physique.

Par décision du 24 mai 2016, se ralliant à l'avis du Dr N. _____ s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité.

Selon une note d'entretien téléphonique du 31 mai 2016 au dossier de l'OAI, le Dr D. _____ s'est étonné auprès de la gestionnaire de dossier de l'office de la conclusion du Dr N. _____ dans le sens d'une pleine capacité de travail au plan psychiatrique dès décembre 2015, alors que dans son rapport du 23 décembre 2015, le psychiatre traitant avait préconisé une reprise progressive du travail. Le Dr D. _____ a attesté une incapacité de travail de 50% et estimé que sa patiente devait être soumise à une expertise psychiatrique.

Par courrier du 31 mai 2016, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il procédait à l'annulation de sa décision du 24 mai 2016 et poursuivait l'instruction au plan psychiatrique auprès du Dr D. _____.

Le 3 février 2017, le Dr D. _____ a transmis à l'OAI son rapport du 24 novembre 2016, que l'office AI avait indiqué ne pas avoir reçu. Le psychiatre traitant a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11), de polyarthralgie à prédominance gauche, de rachialgie chronique dans le cadre d'un déconditionnement musculaire et de troubles statiques modérés du rachis lombaire, renvoyant au surplus à l'appréciation du Dr S. _____ pour la liste exhaustive des atteintes somatiques. S'agissant de l'évolution, le Dr D. _____ a indiqué que l'assurée connaissait toujours des problèmes relationnels avec sa fille. Le psychiatre a relevé une amélioration de la thymie, qui avait permis à l'assurée d'effectuer un stage de quatre semaines dans une garderie. L'assurée ressentait cependant des angoisses et une crainte de ne pas être à la hauteur de ce qu'on lui demanderait, ce qui représentait une entrave à la reprise d'un emploi. L'assurée avait peur d'une rechute dépressive réactionnelle à un emploi dans un autre domaine que celui de caissière. Le Dr D. _____ a attesté une capacité de travail de 50% depuis mars-avril 2016. Au titre des limitations fonctionnelles, il a indiqué que l'état dépressif actuel n'était pas

incompatible avec une activité à 50% ; cependant, les angoisses d'abandon et de rejet, associées à un profond sentiment d'insuffisance, constituaient des entraves à tous mouvements d'émancipation et particulièrement la reprise d'une activité professionnelle. Le Dr D. _____ a remis un lot de rapports médicaux émanant du Dr S. _____ (rapports des 16 septembre 2015, 1^{er} juin 2016, 1^{er} septembre 2016 et 2 novembre 2016).

Dans un avis du 14 mars 2017, le Dr N. _____ a estimé que la situation était identique à celle prévalant au moment de son avis précédent. Aucune nouvelle atteinte n'avait pu être démontrée au plan somatique, hormis le déconditionnement déjà mis en exergue par la Dresse F. _____, et pour lequel l'assurée n'avait pas entrepris les mesures préconisées par la rhumatologue, ce que confirmaient les rapports du Dr S. _____. Au plan psychiatrique, le Dr N. _____ s'est dit non convaincu par les conclusions du Dr D. _____, l'assurée ayant été capable de réussir des stages, démontrant ainsi son aptitude à reprendre une activité professionnelle. Ses problèmes familiaux persistaient mais ne pouvaient être source d'une réelle invalidité. Le Dr N. _____ a encore relevé que dès lors que le Dr D. _____ admettait une amélioration de la thymie, il ne pouvait pas valablement attester une capacité de travail limitée à 50% au motif de problème de thymie, a fortiori après l'accomplissement positif de stages.

Par décision du 24 mars 2017, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des prestations ensuite de sa demande du 16 mars 2015. Il a retenu que l'assurée avait présenté une incapacité de travail de 100% du 27 octobre 2014 au 15 février 2015, puis de 50% du 16 février au 31 mars 2015, qu'elle avait ensuite récupéré une capacité de travail entière dès le 1^{er} avril 2015, avant de connaître une nouvelle incapacité totale temporaire, du 6 juin au 22 décembre 2015. L'OAI a ensuite estimé que dès le 23 décembre 2015, l'assurée avait recouvré une capacité de travail entière dans son activité habituelle.

B. Par acte du 8 mai 2017, représentée par Fortuna Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, P._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 24 mars 2017, dont elle a implicitement conclu à la réforme, dans le sens de l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier d'une demi-rente d'invalidité ou des mesures de réadaptation. A l'appui de sa contestation, la recourante fait grief à l'OAI d'avoir fondé la décision entreprise sur le seul avis du SMR, en écartant sans motif les appréciations de ses médecins traitants, selon lesquelles elle présente une incapacité de travail, tant au plan somatique que psychiatrique. Elle fait en substance valoir que ses atteintes au rachis lombaire et à l'épaule l'empêchent de porter des charges, de fléchir le tronc, même en position assise, et de faire des mouvements du membre supérieur, notamment répétitifs, ce qui rend l'exercice de son activité habituelle de caissière impossible. Elle ajoute que sa reprise de travail à 50% dès le 16 février 2015 et son stage en garderie sous l'égide de l'assurance-chômage ont été un échec en raison de ses douleurs à l'épaule et ses problèmes de concentration. L'assurée précise encore qu'elle a été licenciée avec effet au 31 juillet 2015 et qu'elle s'est inscrite auprès de l'assurance-chômage à 50% le 15 février 2016. Elle a produit un rapport du Dr S._____ du 25 avril 2017 ainsi qu'un rapport du Dr D._____ du 26 avril 2017.

Dans une réponse du 20 juin 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. Il estime que les avis des médecins traitants ont été pris en compte de manière adéquate par le SMR et ne remettent pas en cause son refus de prestations.

Par réplique du 11 juillet 2017, la recourante a maintenu ses conclusions et transmis un rapport d'évaluation intermédiaire du 23 mai 2017 des Y._____, une grille de compétences du même atelier du 21 juin 2017 ainsi qu'un rapport du Dr S._____ du 3 juillet 2017.

Dans une duplique du 27 juillet 2017, l'intimé a fait valoir que le rapport de stage produit par la recourante ne permettait pas de conclure que l'activité de caissière ne se serait plus adaptée. Quant au

rapport du Dr S._____, il n'apportait aucun élément nouveau qui n'aurait pas été pris en compte au moment de rendre la décision litigieuse.

Le 1^{er} septembre 2017, la recourante a produit un rapport du même jour du Dr S._____, lequel a été transmis à l'intimé pour information le 6 septembre 2017.

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 ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Est en l'espèce litigieux le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente d'invalidité et des mesures d'ordre professionnel.

3. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée 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).

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

b) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu hypothétique sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI). L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI). Enfin, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit en outre ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28a al. 2 LAI pour cette activité-là. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels, puis calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question. L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 125 V 146). C'est la méthode mixte

d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27 bis RAI).

c) 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 (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).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 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_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

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).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

4. a) En l'occurrence, l'intimé a fondé la décision litigieuse sur les avis du Dr N._____. Dans un premier avis sur dossier du 8 juillet 2015, le Dr N._____ a synthétisé l'appréciation du 13 février 2015 de la Dresse F._____ en ces termes :

« A été vue par la Dresse F._____, rhumatologue le 13.02.2015 qui a également mis en avant la dysbalance musculaire et prescrit de la physiothérapie active avec tonification, de marcher au moins 20 minutes d'affilée chaque jour et la prise d'un myorelaxant. La Dresse F._____ a recommandé la reprise du travail.

Sans RM [rapport médical] par un médecin spécialiste justifiant l'IT [incapacité de travail] à 100% depuis le 01.04.2015, nous considérons qu'à cette date la CT [capacité de travail] de notre assurée est pleine et entière dans son activité habituelle ».

Sur la base de ce seul bref avis du Dr N._____, l'OAI a rapidement considéré que la recourante ne présentait plus aucune incapacité de travail dans son activité habituelle de caissière dès le 1^{er} avril 2015 et n'avait de ce fait pas droit à des prestations de l'assurance-

invalidité dans une première décision du 18 septembre 2015. L'OAI a annulé cette décision, de même que celles rendues les 24 mai 2016 et 1^{er} juillet 2016, et a repris l'instruction du dossier en admettant s'être prononcé sur la base d'un dossier incomplet. Emettant deux nouveaux avis sur dossier, le Dr N._____ a maintenu sa position dans le sens d'une pleine capacité de travail dès le 1^{er} avril 2015 dans l'activité habituelle de caissière, hormis une incapacité de travail du 6 juin 2015 au 22 décembre 2015, pour motifs psychiatriques (cf. avis des 15 mars 2016 et 14 mars 2017). Or, force est de constater que les conclusions du SMR sont contraires à celles des médecins traitants, dont il a fait une interprétation parfois hâtive.

aa) En particulier, au plan somatique, s'il est vrai que la Dresse F._____ a retenu une dysbalance musculaire ou un déconditionnement, et s'est prononcée en faveur d'une reprise du travail ainsi que d'une activité physique, elle a indiqué qu'une « reprise de l'activité professionnelle à temps partiel, associée à la poursuite de la physiothérapie devrait pouvoir s'envisager ». Ainsi, contrairement à ce que soutient le Dr N._____, la Dresse F._____ a certes préconisé une reprise du travail, mais seulement à temps partiel, et sans préciser le taux de travail exigible, ni la date à partir de laquelle dite reprise serait possible. Elle a de plus évoqué cette perspective de manière conditionnelle (« une reprise [...] devrait pouvoir s'envisager »). C'est donc de manière infondée que le Dr N._____ a conclu à ce stade que le rapport de la Dresse F._____ permettait d'admettre une pleine capacité de travail dès le 1^{er} avril 2015 dans l'activité habituelle moyennant un simple reconditionnement. L'appréciation de la Dresse F._____ n'autorisait pas cette interprétation. On s'étonnera encore à cet égard que le Dr N._____ affirme qu'en l'absence d'une incapacité à 100% attestée par un spécialiste depuis le 1^{er} avril 2015, il y a lieu de conclure que l'assurée dispose d'une pleine et entière capacité de travail dès cette date ; un assuré qui n'est pas en arrêt de travail à 100% ne dispose pas forcément pour autant d'une pleine capacité de travail. Le rapport de la Dresse F._____ permettait d'admettre tout au plus une capacité de travail partielle, dont le taux et la prise d'effet restaient cependant

indéfinis. Dans ces circonstances, il appartenait à l'OAI d'instruire plus avant sur ces points, et non de se suffire des conclusions du Dr N._____.

On remarquera au demeurant qu'au moment de se prononcer dans son avis du 8 juillet 2015, le Dr N._____ était également en possession du rapport du 30 avril 2015 de la Dresse L._____. La médecin traitant y précisait que sa patiente avait présenté une incapacité de travail à 100% du 21 octobre 2014 au 15 février 2015, à 50% du 16 février au 31 mars 2015, à 100% du 1^{er} avril au 30 avril 2015, une reprise du travail étant possible depuis le 1^{er} mai 2015, mais à 50% seulement. Au titre des limitations fonctionnelles, la Dresse L._____ mentionnait, au plan somatique, des douleurs lombaires liées au port de charges, à la station assise prolongée, des douleurs à l'épaule gauche liées aux mouvements répétitifs de cette épaule dans le cadre de l'activité professionnelle, au plan mental, des troubles de la concentration, et au plan psychique, une fatigabilité, une perte de l'élan vital, des troubles du sommeil, une irritabilité et des pleurs. Elle a encore précisé que l'assurée ne parvenait pas à assumer ses tâches après une heure d'activités professionnelles, de sorte qu'il lui paraissait souhaitable que l'employeur la réaffecte à un poste de travail adapté à ses restrictions. Or, le Dr N._____ n'a pas discuté les conclusions prises par la Dresse L._____, qu'il n'a nullement intégrées dans ses différents avis. S'il est vrai que les avis du médecin traitant doivent être pris en compte avec réserve, il ne se justifie pas pour autant de les ignorer.

Le Dr N._____ s'est également abstenu de discuter l'essentiel de l'appréciation du Dr S._____, qui a pourtant émis plusieurs avis détaillés sur l'état de santé de l'assurée. Le Dr S._____ a en effet retenu les diagnostics de polyarthralgies à prédominance gauche et autres symptômes, d'exacerbation de rachialgies chroniques (connues depuis 2008) dans le cadre d'un déconditionnement musculaire et de troubles statiques modérés du rachis lombaire, de syndrome fémoro-patellaire gauche, suspicion de méniscopathie interne et d'ancienne lésion du ligament croisé postérieur au genou droit, de cervicalgies et céphalées tensionnelles en 2016, de tendinopathie du sus-épineux aux deux épaules,

ainsi que possiblement du long chef du biceps droit. Il a indiqué qu'il soutenait la reprise d'activité préconisée par le DrD. _____ à 50% dès le 15 février 2016, précisant que dans une activité respectant les limitations fonctionnelles somatiques (nécessité l'éviter les positions statiques, en porte-à-faux, les bras au-dessus des épaules ou accroupies, l'utilisation fréquente des escaliers et le port de charges excédant 5 kg de façon régulière), la capacité de travail était de l'ordre de 80% dès mi-février 2016 au plan physique. Il a notamment précisé que l'assurée ne pouvait maintenir la même position ou la même tâche pendant plus d'une heure à une heure et demie de suite, préconisant que sa patiente, entretemps licenciée de son emploi de caissière, recherche plutôt une activité lui permettant de changer régulièrement de position, environ une fois par heure (cf. rapports des 16 septembre 2015, 1^{er} juin 2016 et 2 novembre 2016). C'est ainsi de manière lacunaire et insuffisamment circonstanciée que, dans son avis du 14 mars 2017, le Dr N. _____ n'a retenu des différents rapports précités que le fait qu'ils confirmaient que l'assurée ne se soumettait pas au reconditionnement musculaire préconisé par la Dresse F. _____, et qu'il s'est limité à affirmer, sans nulle motivation, qu'il n'existait aucune preuve d'une atteinte réelle sous les termes de « polyarthralgies », occultant notamment le fait qu'il ressortait des évaluations du DrS. _____ que l'activité habituelle de caissière n'était plus adaptée. Le Dr S. _____ l'a d'ailleurs confirmé dans ses rapports des 24 avril, 3 juillet et 1^{er} septembre 2017, transmis dans le cadre de la présente procédure. Il y a notamment reproché à l'OAI, qui avait déduit de ses rapports une capacité de travail pleine et entière dans l'activité habituelle, de transformer le sens et le contenu de ses avis, et par là, la situation médicale de l'assurée, alors qu'il avait au contraire spécifié que sa patiente n'était pas capable de maintenir une position statique notamment assise plus d'une heure à une heure et demie, ce qui ne lui permettait pas d'exercer l'activité de caissière. Le Dr S. _____ a également expliqué que l'assurée présentait une limitation fonctionnelle de l'épaule gauche restreignant les mouvements de flexion et d'abduction active. De ce fait, les mouvements horizontaux de type balayage, inhérents à l'activité de caissière, étaient à éviter, la répétition de ces mouvements pouvant engendrer ou exacerber une inflammation locale

comme une usure tendineuse sous-jacente. Le Dr S. _____ a en outre précisé que malgré les exercices de reconditionnement que l'assurée était appelée à effectuer dans le cadre du programme intensif prévu à l'Unité du rachis au [...], elle conserverait des limitations au plan professionnel. Le Dr S. _____ a encore expliqué que le bilan d'activité auquel il avait participé avec le Dr D. _____ aux termes de la mesure auprès de Y. _____ avait permis de mettre en évidence des limitations supérieures à celles présumées dans ses rapports précédents, en ce sens que même dans une activité adaptée, à mi-temps, le rendement de l'assurée était réduit, l'intéressée devant régulièrement respecter une pause et se faire aider. Le Dr S. _____ estimait ainsi que la capacité de travail de l'assurée au plan somatique était de 40% dans une activité adaptée (horaire de 50% avec un rendement de 80% maximum). Les éléments qui précèdent contredisent l'avis du Dr N. _____ selon lequel l'assurée disposerait d'une capacité de travail pleine et entière dans son activité habituelle moyennant un simple reconditionnement. En outre, on relèvera encore que l'intimé n'a pas soumis les trois rapports de Dr S. _____ produits en cours de procédure au SMR pour un avis médical.

bb) Au plan psychiatrique, le Dr D. _____ a retenu le diagnostic de troubles dépressifs récurrents épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 33.11) et a précisé que l'épisode actuel du trouble dépressif était présent depuis l'été 2015. Le psychiatre a attesté une incapacité de travail à 100% de fin octobre 2014 à mi-février 2015, 50% depuis mi-février à fin mars 2015, et à nouveau 100% depuis début avril 2015. Il a certes indiqué que la fille de sa patiente était suivie par un coach et qu'elle envisageait de faire un certificat de capacité. Certes également, le Dr D. _____ a constaté que sa patiente était un peu moins déprimée et que son évolution semblait lentement favorable (cf. rapport du 23 décembre 2015). Ces éléments ne suffisent toutefois pas pour conclure, comme le fait le Dr N. _____ dans son avis du 15 mars 2016, que le conflit avec sa fille est résolu et surtout que l'épisode dépressif est en rémission, avec pour conséquence une pleine capacité de travail au plan psychiatrique dès le 23 décembre 2015. Le Dr D. _____ a d'ailleurs ajouté qu'il convenait de se laisser quelques mois d'observation et qu'une

reprise de travail serait envisageable dès mars-avril 2016, à 50% seulement, tout en précisant que l'activité habituelle n'était plus exigible. Le psychiatre a d'ailleurs fait part de son incompréhension à l'OAI le 31 mai 2016, précisant que sa patiente présentait une incapacité de travail de 50%, ce qu'il a confirmé dans son rapport du 24 novembre 2016. Le Dr D._____ y observait également que l'état dépressif n'était pas incompatible avec une activité à 50%, pour autant qu'elle soit adaptée à ses limitations physiques. Il a cependant relevé que ses angoisses d'abandon et de rejet, associées à un profond sentiment d'insuffisance, étaient des entraves à tous mouvements d'émancipation et particulièrement celui sur le plan d'une reprise d'activité professionnelle. Il a également indiqué que le conflit opposant l'assurée à sa fille était toujours d'actualité. Le 26 avril 2017, le Dr D._____ a confirmé que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen avec syndrome somatique, ajoutant le diagnostic de trouble de la personnalité de type dépendante à traits passif/agressif F60.7, F 60.8, ce dernier trouble ayant déjà été mentionnée le 2 novembre 2016 par le Dr S._____. Le Dr D._____ a indiqué que sur le plan de la thymie, l'assuré restait triste et déprimée, avec un ralentissement psychomoteur à mettre sur le compte de sa thymie dépressive. En raison de l'état algique survenant après une brève activité physique, elle développait des angoisses et des craintes de ne plus être en mesure de faire face à des responsabilités professionnelles, même les plus simples. Le Dr D._____ a encore précisé que depuis qu'il suivait sa patiente, sa capacité de travail n'avait jamais pu dépasser les 50%, d'une part en raison des douleurs lombaires et également en raison de l'état dépressif réactionnel à celles-ci, et d'autre part à son trouble de la personnalité actuellement décompensé.

b) Au vu des éléments précités, il sied de constater qu'il existe, au vu des éléments apportés par les Drs F._____, L._____, S._____ et D._____, un doute quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation faite par le SMR. Les avis du Dr N._____, sommaires et rendus sans examen clinique de l'assurée, sont insuffisamment probants pour permettre de constater une pleine capacité de travail en qualité de

caissière. Dans une telle situation, l'office intimé ne pouvait faire l'économie d'une mesure d'instruction complémentaire avant de rendre sa décision de refus de prestations. Compte tenu des éléments au dossier, il se justifie de renvoyer le dossier à l'office intimé, à qui il appartient au premier chef d'instruire (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'il mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, les experts désignés gardant la faculté d'y associer toute autre spécialité médicale jugée opportune. Il leur appartiendra d'établir la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle ou dans une autre activité adaptée, en précisant les limitations fonctionnelles, ainsi que de se prononcer sur l'évolution de cette capacité de travail depuis le mois d'octobre 2014. Afin d'examiner l'éventuel caractère invalidant du tableau clinique présenté par la recourante au plan psychiatrique, ils feront application des principes retenus par la jurisprudence fédérale récente (cf. ATF 143 V 409 et 418, renvoyant à l'ATF 141 V 281). Cas échéant, l'intimé procédera à une évaluation mixte de l'invalidité et, pour la part consacrée à l'exercice d'une activité lucrative, à une comparaison des revenus. Une fois ces différents éléments établis, il incombera à l'OAI de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

5. **a)** En définitive, le recours doit être admis, et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de l'office intimé, qui succombe (cf. art. 69 al. 1 LAI ; art. 49 al. 1 LPA VD).

c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance des services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]). Compte tenu de l'ensemble des circonstances, il convient de les arrêter à 2'000 francs.

**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 24 mars 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office 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 P. _____ le montant de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Fortuna Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (pour la recourante),
- 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 :