

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 octobre 2021

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Bidiville et Mme Saïd, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourante, représentée par Me Rébecca Grand, avocate
à Lausanne,

et

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

Art. 43 al. 1, 44 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 8 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. R. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], divorcée et mère d'un enfant majeur, est titulaire d'une licence de cafetier-restaurateur-hôtelier délivrée en [...] par l'association vaudoise des cafetiers, restaurateurs et hôteliers X. _____. Elle a travaillé, de juin 2018 à janvier 2019 et à plein temps, comme employée dans la restauration pour le compte de la société L. _____ Sàrl à [...].

En arrêt de travail depuis le 13 octobre 2018, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 21 mars 2019 en indiquant souffrir d'une maladie et en renvoyant auprès des médecins consultés (généraliste, rhumatologue, psychiatre et chirurgien).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli le dossier médical de l'assurée constitué par Z. _____ SA (ci-après : Z. _____, assureur perte de gain, servant ses prestations depuis le 13 octobre 2018 en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques [F33.2] et d'une polyarthrite, tous deux incapacitants, traités par la mise en place d'un soutien psychologique au Centre de psychiatrie et psychothérapie H. _____ à [...] et la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens [pièce 1]).

Sur le formulaire 531bis « DETERMINATION DU STATUT (PART ACTIVE / PART MENAGERE) » complété le 2 mai 2019, l'assurée a indiqué que sans atteinte à la santé, elle travaillerait au taux de 100 % depuis toujours dans le domaine de la restauration par intérêt personnel et nécessité financière.

L'assurée a bénéficié, de la part de l'OAI, d'une mesure d'intervention précoce sous la forme de trois modules auprès de la D. _____ à [...], du 27 mai 2019 au 15 novembre 2019 (communication du 3 mai 2019). On extrait le passage suivant de rapports de premier

entretien des 17 et 28 juin 2019 rédigés par la coordinatrice en charge du cas auprès de la D. _____ :

“Evaluation de l’état de santé :

Mme R. _____ souffre de psoriasis et de rhumatismes aux poignets depuis ses 30 ans. Dès 2000, elle a des problèmes importants au niveau dentaire. Lors de l’entretien, Mme R. _____ nous informe qu’elle a dû coller ses dents et espère que cela tiendra. En 2015, on lui diagnostique de la polyarthrite rhumatoïde. Elle souffre également de dépression. Mme R. _____ entame un suivi psychologique dès octobre 2018. En février 2019, elle se casse la rotule.

Titre du médecin	Nom	Discipline exercée	Adresse	Fréquence du suivi	Date de la dernière consultation
Doctoresse	A. _____	Médecine générale	Rue du [...]	1x/mois	14.06.2019
Doctoresse	C. _____	Psychiatrie et psychothérapie	H. _____, av. [...]	Chaque 10 jours	28.05.2019
Docteur	S. _____	Rhumatologie	Route [...]	Chaque 3-4 mois	17.05.2019
Docteur	M. _____	Chirurgie maxillo-faciale	V. _____, Rue du [...]	Selon les besoins	13.05.2019

Informations complémentaires :

Mme R. _____ a des séances de physiothérapie 2 fois par semaine. Elle se fait des injections hebdomadaires pour la polyarthrite et a un traitement pour la dépression.”

Selon la coordinatrice-emploi de la D. _____, l’assurée, malgré de nombreux rendez-vous médicaux, souhaitait retrouver une activité professionnelle à plein temps dès que son état de santé le lui permettrait. Il a été observé que l’intéressée avait beaucoup de difficulté à être concise et répondre uniquement aux questions posées ; elle donnait beaucoup de détails, passait d’un sujet à l’autre et ne parvenait pas à relater les faits de manière chronologique. Elle avait également de la difficulté à marcher et faisait part de son anxiété pour son avenir professionnel ; elle souhaitait néanmoins obtenir de l’aide afin de définir une nouvelle cible professionnelle. Dans le second rapport d’entretien, il est écrit que « nous ne poursuivons pas en phase 2 » compte tenu de l’état de santé global déficient de l’assurée ; outre une boiterie et des difficultés à se lever, très émotive, cette dernière pleurait et indiquait ne pas accepter sa situation ; elle avait perdu toute confiance en elle et son moral semblait très bas ; sa psychiatre était absente pour une longue

durée et elle avait entamé un suivi auprès d'un nouveau médecin aux H. _____ depuis le 1^{er} juillet 2019.

L'OAI a finalement refusé la mise en place de mesures d'intervention précoce, estimant par ailleurs que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient pas envisageables pour l'instant. En l'état des choses, l'instruction du cas devait se poursuivre (« IP - Proposition de DDP » et communication du 15 juillet 2019).

Dans un rapport du 9 août 2019 à l'OAI, auquel étaient annexés les résultats d'examens sanguins, le Dr S. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a posé les diagnostics incapacitants de syndrome douloureux des péri-hanches (déconditionnement musculaire) et d'état dépressif, depuis « au moins 2017 ». Sans incidence sur la capacité de travail, il retenait une polyarthrite rhumatoïde séropositive et érosive (en rémission sous Enbrel®) et une fracture de la rotule droite, traitée conservativement. Sur le plan strictement rhumatologique, il attestait une capacité de travail de l'assurée à 100 % (huit heures de travail par jour) dans toute activité. Dans l'annexe à son rapport, ce rhumatologue a toutefois coché la totalité des cases relatives aux limitations fonctionnelles, en indiquant également une capacité de résistance limitée en raison de la fatigabilité. A la question de savoir quels autres éléments étaient susceptibles d'entrer en ligne de compte dans l'évaluation du cas, le Dr S. _____ a répondu « état dépressif ». A son avis, il convenait de poursuivre la physiothérapie et le traitement d'Enbrel® (50 mg une fois par semaine). Il a en outre remis un rapport du 27 novembre 2017 consécutif à une consultation du 22 novembre précédant adressé au Dr A. _____, médecin traitant généraliste. Le Dr S. _____ a noté que l'assurée se plaignait de douleurs de caractère plutôt mécanique aux poignets lors d'activités ménagères avec des mouvements répétitifs pour lesquelles un bilan biologique de septembre 2017 n'avait pas montré de syndrome inflammatoire, ni de cytolysse hépatique. Son psoriasis vulgaire, avec initialement une atteinte diffuse, avait bien régressé avec Enbrel® ; seules subsistaient des lésions de psoriasis aux deux coudes et genoux peu gênantes. Elle avait eu des

multiples greffes osseuses pour les dents et portait deux implants complets. Une addiction à l'alcool dans le passé lui avait valu un retrait de son permis de conduire en mars 2015 pour une alcoolémie à 2,38 ‰ ; au jour des consultations des 16 et 22 novembre 2017, elle consommait de l'alcool occasionnellement et de façon modérée. Dans une situation économique délicate, elle bénéficiait d'un suivi psychiatrique par la psychologue F._____ aux H._____. Ses plaintes concernaient principalement des douleurs aux deux péri hanches, en particulier du côté droit avec réveils nocturnes, ceci depuis un an ; elle n'avait pas eu de la physiothérapie et il n'y avait pas de restriction du périmètre de déambulation. Elle présentait aussi parfois une sensation de lâchage par manque de force aux jambes, sans facteur déclencheur particulier. Elle était affectée également de lombalgies. Enfin, elle présentait des douleurs peu intenses aux deux pieds, localisées au bord latéral au col du pied droit, avec parfois sensation de blocage mais sans apparition de signes inflammatoires à cet endroit. Ce rapport se termine comme suit :

“Au status : lésions hyperkératosiques de psoriasis aux deux coudes et aux deux genoux. Lésions unguéales de psoriasis en dé à coudre aux doigts des mains et des pieds.

Pas de synovite aux mains, ni de signes de ténosynovite, signe de Genslen négatif, pas de douleurs aux poignets.

Rachis avec mauvais déroulement de la portion lombaire à la flexion du tronc, Schober lombaire à 15/20, distance doigt-sol 10 cm.

Péri-hanches avec douleurs à la palpation du côté droit, test de Faber douloureux également à cet endroit ; la dérotation contrariée de la hanche droite ne déclenche pas de douleur.

Genoux sans épanchement ; flexion complète ; n'arrive pas à remonter d'une position accroupie par manque de force.

Le reste du status rhumatologique est sans particularité.

Rx des mains et des pieds du 16.11.2017 : érosion du triquetrum bilatéral ; hallux-valgus droit avec angle à 30°, griffe au 3^{ème} orteil gauche.

IRM des mains du mois d'octobre 2013 : synovite érosive bilatérale, partiellement symétrique, radio cubitale distale, piso-pyramidale, avec érosion active à la 3^{ème} MTP [articulation métatarso-phalangienne] du 3^{ème} rayon gauche et du 5^{ème} à droite.

Discussion :

Mme R._____ s'adresse à ma consultation pour reprise de suivi rhumatologique pour une polyarthrite rhumatoïde séropositive et érosive. Actuellement, pour ce qui concerne les douleurs de la polyarthrite, je ne retrouve pas d'éléments cliniques ni biologiques pour une activité de cette maladie. Elle présente parfois une

sensation d'enraidissement aux doigts avec de la peine à les plier, quelques douleurs aux poignets qui ont une caractéristique plutôt mécanique et qui s'accroissent lorsqu'elle fait des travaux de ménage ou en cuisine. Je ne propose pas de changer pour l'instant de traitement biologique.

Mme R. _____ se plaint surtout de douleurs de péri-hanche droite pour lesquelles je prescri[s] de la physiothérapie de renforcement et d'étirement des fessiers ; il existe des douleurs lombaires, un manque de force aux membres inférieurs que je traite par physiothérapie de reconditionnement musculaire global.

Un bilan biologique de contrôle sera réalisé en décembre 2017.

Elle présente des douleurs du col du pied droit, au bord latéral du pied droit, avec parfois sensation de blocage. Elle a eu un ultrason de la cheville droite en août 2017 qui a montré une légère bursite rétrocalcaneenne et une ténosynovite du long extenseur de l'hallux droit. Lors de mon examen, je ne retrouve pas de signes inflammatoires, je n'ai pas de proposition spécifique pour ce problème qui est peu invalidant. [...]"

Par rapport du 9 septembre 2019 à l'OAI, le Dr A. _____ a posé les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2) depuis 2016, de polyarthrite ainsi que de troubles mentaux et de comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F10.25). Il évaluait la capacité de travail de l'assurée comme nulle dans toute activité depuis le 13 octobre 2018 et retenait les limitations fonctionnelles suivantes : « insomnie, anxieuse, épuisement psychique et physique ». De l'avis du médecin traitant, malgré un soutien psychologique et une pharmacothérapie mises en œuvre, les différentes pathologies et en particulier l'état de santé psychique contre-indiquaient une amélioration de la capacité de travail.

Dans leur rapport du 20 novembre 2019 à l'OAI, les Drs P. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et C. _____, médecin-assistant, succédant à la psychologue F. _____ depuis le 4 décembre 2018 et consultés à une fréquence bimensuelle au Centre de psychiatrie et psychothérapie H. _____, ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent (F33) en retenant une incapacité de travail totale de l'assurée dans sa profession habituelle depuis le 13 octobre 2018. Sous la rubrique « 2.2 Situation et symptômes médicaux actuels », les psychiatres traitants ont écrit ceci :

“Actuellement, Mme R. _____ n’est pas en capacité de travailler. Elle a de fortes douleurs physiques qui la handicapent et l’empêchent de se déplacer correctement. Elle n’est pas en mesure de reprendre une activité professionnelle dans le même domaine qu’auparavant. La patiente présente également des symptômes de dépression, tels qu’abaissement de l’humeur, irritabilité, troubles du sommeil et de l’appétit, qui sont en lien avec ses difficultés professionnelles. Son état clinique s’améliore, notamment sur le plan de la thymie, mais elle présente toujours des difficultés de l’ordre de l’agitation et des angoisses auxquelles elle réagit par de l’irritabilité et une difficulté à mener une activité jusqu’au bout. Elle a également du mal à trouver l’énergie et la motivation pour s’occuper des différentes tâches chez elle, que ce soit le ménage ou l’administration. Mme R. _____ souffre aussi d’isolement. Elle vit avec son fils, mais elle dit ne plus vraiment avoir de relation amicale.”

De l’avis des Drs P. _____ et C. _____, les troubles physiques de l’assurée contre-indiquaient l’exercice de sa profession dans la restauration ; en raison d’une polyarthrite rhumatoïde, elle présentait des douleurs à différentes articulations notamment aux poignets et à l’épaule et également aux membres inférieurs. Aux dires des soignants, l’intéressée souhaitait avoir une activité professionnelle, mais tout déplacement était compliqué, et les limitations dans l’accomplissement des travaux ménagers étaient fluctuantes en fonction de ses douleurs. Les restrictions fonctionnelles consistaient en des difficultés dans la gestion des émotions, liées aux tâches administratives, dans les déplacements, à maintenir un rythme diurne/nocturne ainsi qu’en une hypersensibilité au stress. Les capacités de concentration/attention et mnésiques étaient limitées. Les activités exigeant de l’endurance, de la précision, du stress et de la rapidité n’étaient plus envisageables pour l’assurée. Sur le plan thérapeutique, elle ne souhaitait pas de médication ; un antidépresseur avait été arrêté en juillet 2019 car elle disait se sentir plus mal avec que sans le médicament.

Le 4 février 2020, l’OAI s’est vu communiquer, à sa demande, le dossier actualisé d’Z. _____. Il en ressort en particulier les éléments suivants :

- un courrier du 27 mai 2019 aux termes duquel Z._____ a informé l'assurée de la réduction de l'indemnité journalière à 40 % à compter du 8 juillet 2019, puis de sa suppression avec effet au 8 août 2019 ; selon les constatations de l'assurance perte de gain, une capacité de travail de 60 % était exigible de la part de l'assurée depuis le 8 juillet 2019, puis de 100 % un mois plus tard, dans son activité habituelle ;

- un rapport d'expertise du Dr I._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, du 21 mai 2019 au médecin-conseil de l'assureur perte de gain. Posant les diagnostics incapacitants de troubles de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F43.21) depuis le 13 octobre 2018, d'anxiété généralisée (F41.1) depuis le 13 octobre 2018 et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : utilisation nocive pour la santé (F10.1) depuis « au moins le vendredi 1^{er} février 2019 », l'expert a estimé la capacité de travail de l'assurée comme nulle au jour de son examen (le 8 mai 2019), à 30 % depuis le 8 juin 2019, à 60 % dès le 8 juillet 2019, et à 100 % depuis le 8 août 2019, dans toute activité. En lien avec son évaluation, le Dr I._____ a indiqué qu'un traitement de son anxiété généralisée ainsi qu'une abstinence d'alcool, au moyen de la mesure des tests hépatiques, étaient exigibles de la part de l'assurée. Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : « L'adaptation aux règles et routines est modérément altérée. La planification et la structuration des tâches est modérément altérée. La flexibilité et la capacité d'adaptation est modérément altérée. La mise en pratique des compétences et des connaissances professionnelles est modérément altérée. La capacité à formuler des jugements et à prendre des décisions en fonction du contexte est modérément altérée. La capacité d'endurance et de résistance est légèrement altérée. La capacité de s'affirmer est légèrement altérée. La capacité de contact et de conversation avec des tiers est légèrement altérée. La capacité d'intégration dans un groupe est légèrement altérée. La capacité aux relations privilégiées à deux n'est pas évaluable en l'état. Les activités spontanées et la proactivité sont modérément altérées. La capacité à prendre soin de soi et à se prendre en charge est conservée. La mobilité et la capacité de déplacement est conservée » ;

- un rapport du 15 mars 2019 adressé au médecin-conseil d'Z. _____ par les Drs J. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et C. _____ du Centre de psychiatrie et psychothérapie H. _____ qui ont répondu comme suit aux questions posées dans l'intervalle :

“Début du traitement (Date) : 12 octobre 2017

1. *Diagnostic(s) ICD-10, yc. Dépendances avec impact sur la capacité de travail*

Trouble dépressif récurrent (CIM-10 : F33.2), accentué par la perte d'emploi.

2. *Anamnèse (Quand et comment les troubles sont-ils survenus pour la première fois ? Evolution chronologique)*

Mme R. _____ vit en Suisse depuis [...], elle a travaillé dans la restauration jusqu'en 2014. Les troubles de l'humeur ont commencé en 2007. En raison de difficultés, elle a vendu son restaurant, puis a connu une période de chômage jusqu'en 2017. A ce moment-là, elle entreprend un suivi qui se termine en mai 2018. L'évolution est moindre et en novembre 2018, elle refait une demande car elle souffre de sa situation. Son trouble rend difficile la recherche d'un nouvel emploi.

2.1 *Quelles maladies antérieures et quels accidents influent sur le processus de guérison ?*

Psoriasis, apparu en 1996, qui a un fort impact émotionnel sur la patiente. Elle est aussi atteinte d'une polyarthrite rhumatoïde et souffre de douleurs somatiques chroniques qui influent sur son état psychique.

3. *Résultat psychopathologique (Merci de joindre une copie des résultats de laboratoires récents, incl. Génotypage ABCB1)*

Nihil.

4. *Médication antérieure et actuelle*

Antérieurement, Mme R. _____ prenait du Temesta et du Stilnox. Actuellement, elle prend de l'Atarax 25 mg le soir si besoin.

4.1 *Intervalle de traitement jusqu'à présent et futur*

Intervalle de traitement : suivi de septembre 2017 à mai 2018 par Mme F. _____ (psychologue), puis à partir du 4 décembre 2018 par le Dr C. _____.

5. *Efficacité thérapeutique jusqu'ici*

Le suivi se met en place. A la suite d'une chute, Mme R. _____ a été dans l'incapacité de se déplacer et n'a pas pu venir à plusieurs

rendez-vous, mais elle souhaite poursuivre un suivi régulier afin de pouvoir reprendre une activité professionnelle dès que possible.

6. Troubles/craintes subjectifs (du point de vue de la personne assurée)

La patiente a parfois le sentiment d'être envahie par ses émotions, avec une perte de motivation et de plaisir dans les activités. L'anxiété est souvent présente.

7. Quel est l'impact de la pathologie sur la vie quotidienne du patient (famille, loisirs et structure de la journée) ?

Agitation et angoisses importantes, isolement, difficulté à mener une activité jusqu'au bout, et à trouver l'énergie et la motivation pour s'occuper des différentes tâches.

8. Ressources/résistance dans l'activité existante ?

Mme R. _____ souhaite vivement pouvoir retravailler, elle dispose d'une forte capacité d'adaptation et elle dit aimer son travail. Le lien compliqué avec le supérieur hiérarchique rend le retour à son ancien poste difficile.

9. Ressources/résistance dans l'activité adaptée ?

Nihil.

10. L'activité professionnelle actuelle est-elle raisonnablement exigible auprès d'un autre employeur ?

Non.

11. Incapacité de travail (IT)

100 % du 13 octobre 2018 au 25 janvier 2019.

Au vu de l'état psychique de la patiente, aucune activité n'est possible actuellement.

12. Quelles mesures de soutien visant à la réinsertion professionnelle dans le processus de travail seraient utiles pour le patient ?

Suivi thérapeutique."

Dans un rapport du 3 mars 2020 à l'OAI, le Dr G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, consulté à intervalles de six mois depuis le 22 mars 2019, a retenu les diagnostics incapacitants d'arthrite MTP (métatarso-phalangienne) hallux bilatéral, de gonarthrose gauche et de status post fracture de la rotule droite. Sans se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée, ce praticien a fait part d'un pronostic réservé. Il a indiqué

également que les douleurs physiques multiples faisaient obstacle à une réadaptation de l'assurée, sans plus de précisions.

Aux termes d'un rapport médical du 13 mai 2020, le Dr N._____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), sur la base du rapport du Dr S._____ du 9 août 2019 et de l'expertise psychiatrique mise en oeuvre par Z._____, ainsi qu'au vu des rapports du médecin généraliste, de la psychiatre et de l'orthopédiste traitants, a retenu que, si pour des raisons essentiellement psychiques la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis le 13 octobre 2018, dans une activité adaptée (sans efforts physiques importants, capacités d'adaptation modérément altérées, la mise en pratique des compétences et connaissances professionnelles altérées, capacités de jugement modérément altérées, capacité d'endurance légèrement altérée, de même que la capacité d'intégration à un groupe, léger apragmatisme) la capacité de travail était de 100 % depuis le mois d'août 2019, moyennant l'introduction d'un antidépresseur SSRI avec contrôles sanguins et en cas de dépendance avérée à l'alcool, d'un support à l'abstinence.

Par projet de décision du 12 juin 2020, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations (refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité), au motif qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 13 octobre 2019, la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était de 100 %, et que le degré d'invalidité était, après comparaison des revenus, de 10 %. Par communication du même jour, l'OAI a néanmoins reconnu à l'assurée le droit à une aide au placement au sens de l'art. 18 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

Le 25 août 2020, le Dr A._____ a rédigé un rapport à l'intention de l'OAI dont il ressort ce qui suit :

“Diagnostics :

- Polyarthrite rhumatoïde

- F33.2
- F10.25
- Trouble de la personnalité dépendante (F60.3)

Description de l'aggravation de l'état de santé par rapport à l'état antérieur

- L'état de santé de Mme R. _____, se péjore d'avantage depuis le 13.10.2018.

Le nouveau degré d'incapacité de travail

- La patiente reste inapte au travail à 100%, dans toutes les activités.

Le pronostic

- Mon pronostic est défavorable vu les pathologies dont présente la patiente.”

Les 9 et 17 septembre 2020, dans le délai imparti à cet effet, l'assurée a fait part à l'OAI de ses objections sur le préavis de refus de prestations du 12 juin 2020. S'estimant inapte à retravailler en raison de son état de santé « dégradé sur le[s] plan[s] physique et psychique », elle demandait implicitement un réexamen du cas à l'autorité. Elle indiquait par ailleurs renoncer pour le moment à l'aide au placement qui a dès lors été clôturée le 9 septembre 2020.

Aux termes d'un avis « audition » SMR du 23 novembre 2020, les Dres Q. _____ et K. _____ ont fait le point définitif de la situation comme suit :

“Conclusion : Nous n'avons aucun nouvel élément clinique ou médico-descriptif et aucunes nouvelles limitations fonctionnelles, ni sur le plan somatique, ni psychiatrique, qui justifieraient objectivement une péjoration clinique durable de l'état de santé de l'assurée depuis notre avis SMR du 13.05.2020 respectivement depuis notre projet de décision du 12.06.2020. Donc, notre position reste inchangée depuis notre avis SMR du 13.05.2020.

Au vue du syndrome de dépendance à l'alcool voire d'une consommation novice d'alcool, toujours avec utilisation continue en 08.2020, nous avons des doutes non-négligeables par rapport à son aptitude à la conduite automobile. Nous recommandons une signalisation au SAN [Service des automobiles et de la navigation].”

Par décision du 14 janvier 2021, l'OAI a rejeté la demande de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. Aux termes d'un courrier d'accompagnement du même jour faisant partie intégrante de sa décision,

il estimait que son projet de décision du 12 juin 2020 reposait sur une instruction complète du cas sur le plan médical et économique, et qu'il était conforme en tous points aux dispositions légales.

B. Par acte du 16 février 2021, R._____, représentée par Me Rébecca Grand, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, avec dépens, principalement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour « nouvelle instruction, sous la forme d'une expertise au minimum psychiatrique aux fins de statuer sur la capacité de gain dans l'activité habituelle et adaptée, ainsi qu'une nouvelle décision », et subsidiairement à la réforme de la décision attaquée « en ce sens que Mme R._____ est mise au bénéfice d'une rente d'invalidité dont le taux sera défini au terme de la procédure d'instruction, à compter de l'échéance du délai d'attente » ; plus subsidiairement encore, à sa réforme « en ce sens que R._____ est mise au bénéfice de mesures d'ordre professionnel ». Elle conteste la décision litigieuse tant sur le plan médical qu'économique. Concernant l'aspect médical, elle fait valoir qu'elle présente, à tout le moins depuis le mois de février 2019, une dépendance à l'alcool qui n'a fait l'objet à ce jour d'aucune expertise psychiatrique conforme à la jurisprudence actuelle du Tribunal fédéral en matière de dépendance permettant de statuer sur sa capacité de gain dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. Elle en déduit la nécessité pour l'OAI, le cas échéant pour le tribunal, de compléter l'instruction par la mise sur pied d'une nouvelle expertise, à tout le moins psychiatrique, se réservant de produire un prochain rapport du Dr A._____. Elle nie ainsi la valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique du Dr I._____ en raison de son caractère incomplet, savoir l'absence d'une analyse adéquate de la dépendance à l'alcool. Elle reproche par ailleurs à l'OAI de n'en avoir pas tenu compte dans l'évaluation des limitations fonctionnelles dans le cadre de la détermination d'un poste de travail adapté à son état de santé. Sur le plan économique, elle conteste tant le calcul du revenu sans invalidité que de celui d'invalidité. A titre de mesure d'instruction, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise « au minimum psychiatrique » par le tribunal.

Dans sa réponse du 30 mars 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. En l'état du dossier, il confirme la capacité de travail totale exigible de la part de l'assurée dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, parmi lesquelles, outre une contre-indication aux efforts physiques importants, il est retenu le fait que les capacités d'adaptation, de jugement, d'endurance et d'intégration à un groupe sont légèrement ou modérément altérées de même que la mise en pratique des compétences et connaissances professionnelles. Sur le plan économique, l'OAI estime que les critiques de l'assurée ne sont pas susceptibles de modifier sa position. Il a également produit son dossier consultable auprès du greffe du tribunal.

Aux termes de sa réplique du 19 avril 2021, complétée le 17 mai suivant, la recourante a persisté dans ses précédentes conclusions en précisant requérir désormais « une expertise psychiatrique, rhumatologique et orthopédique », et en indiquant qu'elle ne disposait pas encore de « document pertinent » en se réservant toutefois la faculté d'en produire d'éventuels à connaissance de la prise de position de l'OAI sur la réplique. Elle voit une contradiction dans le fait d'avoir fait l'objet d'une signalisation au Service des automobiles et de la navigation pour une dépendance à l'alcool depuis février 2019 retenue par l'OAI alors que cette consommation d'alcool n'a toutefois pas été considérée suffisamment importante pour motiver une instruction « complète de l'affaire sur le plan médical ». Elle répète également que la mise en œuvre d'une expertise bi voire pluridisciplinaire se justifie compte tenu du fait qu'elle présente toujours des « troubles somatiques non contestés », soit une polyarthrite rhumatoïde séropositive et érosive, un syndrome douloureux des péri hanches, des lombalgies chroniques et des douleurs aux poignets, et qu'elle a en outre été suivie par le Dr G. _____ en raison d'une fracture de la rotule droite au mois de février 2019. A ses yeux, il n'y a eu aucune instruction sur les effets (interactions), notamment en raison des douleurs, des diverses pathologies dont elle est affectée, comme l'ont attesté le psychiatre, le médecin généraliste et l'orthopédiste. Enfin, elle reproche à l'OAI de s'être basé sur le rapport incohérent du 9 août 2019 du Dr

S._____, pour retenir une capacité de travail totale sur le plan rhumatologique, d'autant plus que les limitations fonctionnelles ont été confirmées par le Dr G._____.

Dans sa duplique du 14 juillet 2021, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée, sans nécessité de mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (psychiatrique, rhumatologique et orthopédique). Il a produit un avis du 5 juillet 2021 de la Dre Q._____, du SMR auquel il se rallie. Cette médecin s'est exprimée comme suit sur le cas de la recourante :

“Conclusion : Suite à votre mandat du 29.06.2021 je me prononce comme suit : Au début j'aimerais bien préciser que pour un diagnostic de dépendance à l'alcool, au moins 3 des 6 manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année (dans la période avant le diagnostic retenu) :

1. Désir puissant ou compulsif d'utiliser l'alcool
2. Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance
3. Syndrome de sevrage physiologique quand la personne diminue ou arrête la consommation, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de l'alcool ou l'utilisation de l'alcool pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage
4. Mise en évidence d'une tolérance aux effets de l'alcool (la personne a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré)
5. Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de l'alcool, et augmentation du temps passé à se procurer l'alcool, la consommer ou récupérer de ses effets
6. Poursuite de la consommation de l'alcool malgré la survenue de conséquences manifestement nocives (ex : atteinte hépatique due aux excès alcooliques)

Selon tous les RM [rapports médicaux] à disposition dans notre dossier jusqu'à ce jour, je note qu'aucun des intervenants médicaux de l'assurée ne retenait un de ces 6 critères diagnostiques de dépendance à l'alcool depuis 2017 jusqu'à ce jour. A savoir,

- le Dr I._____, spécialiste en psychiatrie (!), retenait lors [de] l'évaluation psychiatrique en 05.2019 (rapport du 21.05.2019, GED 06.02.2020), demandée par l'APG, sur la base des éléments à disposition au moment de l'expertise, le diagnostic incapacitant « des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : utilisation nocive pour la santé » (depuis au moins le 01.02.2019), précisant que l'allégation par l'assurée d'une consommation d'au moins 7 unités d'alcool par semaine voire d'un équivalent de 7 unités d'alcool par semaine, associé au constat de son rhumatologue d'un foetor alcoolique au moins à une reprise, rendent « hautement vraisemblable l'existence

d'un mésusage de l'alcool sous forme d'une consommation nocive pour la santé ». Il précisait, que « toutefois, ces éléments à disposition ne permettent pas non plus d'exclure une dépendance à l'alcool ».

- L'assurée rapportait en 11.2017 « qu'elle a eu une addiction à l'alcool dans le passé et qu'en 03.2015 on lui a retiré son permis de conduire pour une alcoolémie à 2,38‰ ; elle consomme de l'alcool occasionnellement et de façon modérée ». Un bilan biologique de 09.2017 ne démontrait également aucune perturbation des valeurs hépatiques (« pas de cytolysé hépatique »), la formule sanguine simple éta[i]t normale, ce qui parle, selon mon avis, fortement contre une consommation chronique et excessive d'alcool en 2017 (RM du 27.11.2017 du Dr S._____, rhumatologue, GED 15.08.2019).
- Du RM du 15.03.2019 du Dr J._____, psychiatre traitant, spécialiste en psychiatrie, H._____ (GED 06.02.2020) et du RM du 29.11.2019 du Dr P._____, psychiatre traitant, spécialiste en psychiatrie, H._____ (GED 12.12.2019), il ne ressort aucun diagnostic en lien avec un[e] problématique d'alcool. Absence d'anamnèse sur le plan alcoologique. Pas de doutes sur l'aptitude à la conduite sur le plan psychiatrique.
- Du RM du 09.08.2019 du Dr S._____, rhumatologue (GED 15.08.2019), il ressort la notion d'un « probable nouveau retrait de permis de conduire en 05.2019 » pour infraction routière (dépassement d'un véhicule au-delà de la ligne blanche continue) « alors qu'elle était en période d'épreuve après un retrait du permis de conduire sur conduite en état d'ivresse en 2015 »...
- Du RM du 09.09.2019 du Dr A._____, MT (GED 11.09.2019), il ressort le diagnostic « F10.25 » (Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue » (à noter sans préciser les critères remplis pour retenir un tel diagnostic de dépendance). Aucun status clinique somatique ou psychiatrique a été transmis pour corroborer le diagnostic de dépendance à l'alcool. Les LF [limitations fonctionnelles] rapportées sont d'ordre psychique liés aux autres troubles psychiques, mais pas liés à une dépendance à l'alcool.
- Le RM du 03.03.2020 du Dr G._____, orthopédiste (GED 09.03.2020), n'évoque aucun[e] problématique d'alcool.
- Le RM du 25.08.2020 du Dr A._____, MT (GED 26.08.2020) évoque les diagnostics suivants : polyarthrite rhumatoïde, trouble dépressif récurrent, épisode sévère et « F10.25 », Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue » (à noter sans préciser les critères remplis pour retenir un tel diagnostic de dépendance). Selon le MT, « l'état de santé de l'assurée se péjore depuis 10.2018 » (à noter sans précisions) et qu'« elle reste inapte au travail à 100% ». Aucunes LF d'ordre somatique ou psychiatrique sont rapportées.

Votre question 1 : « Un trouble d'utilisation de substance addictives est ou non diagnostiqué irréfutablement par un spécialiste ? Réponse SMR : Le Dr I._____, spécialiste en psychiatrie, retenait en 05.2019 seulement « des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : utilisation nocive pour la santé » (« depuis au moins le 01.02.2019 »), par contre sans pouvoir exclure une dépendance à l'alcool non plus. Selon mon avis, il faut souligner qu'au moment de l'évaluation psychiatrique en 05.2019, l'assurée ne présentait cliniquement aucun signe et aucune séquelle psychiatrique d'une consommation chronique et excessive d'alcool, donc ni trouble neurocognitif, ni des limitations dans ses AVQ [activités de la vie quotidienne] (elle cuisine le souper pour elle-même et son fils, se déplace en voiture ou à pied sans peine, consulte d'offres d'emploi tous les jours sur l'Internet, effectue la lessive et avec aide l'aspirateur, réalise des commissions avec aide de son fils, paye ses factures). Aucun foeteur alcoolique n'a été retenu en 05.2019, elle venait en bus seule. Selon l'assurée, elle consomme de l'alcool non excessive selon ses dires (7 unités/sem). Notons que la pratique de loisirs et d'activités de détente est « nulle » selon les dires de l'assurée en 05.2019, mais « inchangée depuis plusieurs années en raison d'une vie de labeur » et que l'activité en lien avec les contacts sociaux de l'assurée est très « réduite à la base de longue date » (« elle évite les contacts sociaux de longue date d'une part, d'autre part pour éviter des dépenses ou de parler de sa santé »). Selon mon avis, la diminution des activités de loisir et des contacts sociaux n'a aucun (!) lien avec « une dépendance à l'alcool » depuis 02.2019, car déjà présente auparavant, et tous ces éléments précités ci-dessus parlent, selon mon avis, fortement contre l'existence d'un syndrome de dépendance à l'alcool au moment de l'évaluation psychiatrique en 05.2019. A noter que les recommandations diagnostiques voire thérapeutiques du Dr I._____ (« qu'il est exigible de la part de l'assurée, qu'elle fasse la preuve d'une absence de dépendance à l'alcool, par la mesure des tests hépatiques, ainsi que des CDT toutes les 3 semaines, sur la durée de son incapacité de travail et qu'elle devrait bénéficier, en cas (!) de dépendance avérée à l'alcool, d'un support à l'abstinence / adhésion à un sevrage »), ne signifient ainsi pas qu'un syndrome de dépendance a été diagnostiqué irréfutablement par un spécialiste en psychiatrie. A noter, que les deux psychiatres traitants aux H._____ n'ont jamais posé un diagnostic en lien avec un[e] problématique d'alcool, ni en 03.2019, ni en 11.2019. En 11.2019 l'aptitude à la conduite automobile a été donné du point de vue psychiatrique, ce qui parle fortement contre la présence d'un[e] problématique d'alcool avancée à cette date-là. De plus, je note l'absence de tous signes biologiques d'une consommation chronique et excessive d'alcool dans un prélèvement sanguin du 14.01.2019 (ASAT légèrement élevé d'une manière aspécifique à 39 U/L (norme : 11-38 U/L), ALAT, Gamma-GT et MCV dans la norme, CDT non effectuée) et du 17.05.2019 (valeurs hépatiques : ALAT, ASAT, Gamma-GT / MCV parfaitement dans la norme / CDT : non effectuée), ce qui parle fortement contre une consommation chronique et excessive d'alcool dans le cadre d'une dépendance à l'alcool en 01 et 05.2019 (fiche laboratoire du 17.05.2019, polyanalytic, GED 15.08.2019), mais n'exclut pas des consommations excessives d'alcool d'une manière ponctuelle dans le cadre d'une utilisation nocive pour la santé. Le Dr A._____, médecin généraliste, donc pas spécialiste en psychiatrie,

indiquait soit en 09.2019, soit en 08.2020 (RM 09.09.2019, GED 11.09.2019 / RM 25.08.2020, GED 26.08.2020) comme diagnostic « une dépendance à l'alcool, utilisation continue », à noter sans motivation. Notons que le Dr A. _____ n'a transmis à aucun moment ni un status clinique somatique ou psychiatrique pour corroborer ce diagnostic de dépendance à l'alcool. Ni en 09.2019 ni en 08.2020 le Dr A. _____ précisait les critères remplis pour retenir un tel diagnostic de dépendance. Les LF rapportées par le Dr A. _____ en 09.2019 sont d'ordre psychique de manière générale liés aux autres troubles psychiques, mais pas liés spécifiquement à une dépendance à l'alcool. En 08.2020, le Dr A. _____, signalait d'une manière non-motivée que « l'état de santé de l'assurée se péjore depuis 10.2018 (à noter sans précisions) et qu'elle reste inapte au travail à 100% » sans rapporter des LF d'ordre somatique ou psychiatrique. A noter également, qu'il n'y a pas des séquelles somatiques sur problématique d'alcool non plus, qui auraient été annoncés par le Dr A. _____, médecin généraliste. Notons également qu'aucun support à l'abstinence / adhésion à un sevrage « en cas de dépendance avérée à l'alcool » (comme proposé par le Dr I. _____ en 05.2019) a été mentionné par le Dr A. _____. **Donc, selon mon avis, non, le diagnostic d'une dépendance à l'alcool n'a pas été retenu par des spécialistes en psychiatrie. Il n'y a pas des éléments médicaux cliniques ou médico-descriptif objectifs qui pourraient justifier l'existence d'une dépendance à l'alcool selon notre dossier.**

Votre question 2 : « Il y a suffisamment d'éléments médicaux objectifs au dossier étayant la CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] de 100% (cf. avis SMR 13.05.2020), et cela jusqu'à la décision du 14.01.2021 ? » **réponse SMR :** Oui, il y a suffisamment d'éléments médicaux objectifs au dossier, soit sur le plan rhumatologique, soit sur le plan psychiatrique, pour étayer une CTAA de 100% dès 08.2019 en respectant des LF d'ordre rhumatologique et psychique (cf. avis SMR 13.05.2020), et cela jusqu'à la décision du 14.01.2021. Nous n'avons aucun nouvel élément clinique ou médico-descriptif objectif et aucunes nouvelles limitations fonctionnelles, ni sur le plan somatique, ni psychiatrique, qui justifieraient objectivement une péjoration clinique durable de l'état de santé de l'assurée depuis notre avis SMR du 13.05.2020 jusqu'à ce jour.

Votre question 3 : « En tenant compte des éventuelles interactions précitées (interactions des diagnostics psychiques et somatiques selon l'avocate de l'assurée), merci de confirmer l'évolution dans le temps de la CT (activité habituelle et adaptée) et des LF somatiques et/ou psychiques ». **Réponse SMR :** Selon notre dossier médical, il n'y a pas d'interactions des diagnostics psychiques et somatiques. Ni le rhumatologue, ni les psychiatres traitants ni le Dr I. _____, spécialiste en psychiatrie, ont mentionné ou retenu une telle interaction. A noter que la somme des troubles rhumatologiques a été estimée en 08.2019 par le Dr S. _____, spécialiste en rhumatologie (RM 09.08.2019, GED 15.08.2019) peu invalidante et pas durablement incapacitante. Sur le plan psychiatrique, cf. ci-dessus. A noter que nous n'avons pas reçu des nouveaux RM depuis notre avis SMR du 23.11.2020 (GED 26.11.2020) respectivement depuis notre décision AI du 14.01.2021.

Donc, ni sur le plan rhumatologique, ni psychiatrique nous n'avons aucun nouvel élément médical clinique ou médico-descriptif objectif, qui pourrait suspecter ou justifier la présence d'une telle interaction somato-psychique de manière significative. Donc, la CTAH reste nulle depuis 10.2018 et la CTAA reste 100% depuis 08.2019. Les LF d'ordre psychique et rhumatologique restent inchangées. Donc, il n'y a pas de raison de nous écarter de notre avis SMR du 13.05.2020 (GED 13.05.2020).

Votre question 4 : « Faudrait-il proposer des mesures d'instruction à la CASSO ? ». Réponse SMR : Sur le plan médical, non.

Remarque supplémentaire : A noter, que l'avis SMR du 23.11.2020 (GED 26.11.2020) ne retenait à aucun moment un syndrome de dépendance à l'alcool comme atteinte à la santé durablement incapacitante. La décision du SMR dans son avis SMR du 23.11.2020 (GED 26.11.2020) d'une nécessité d'une signalisation au SAN en raison de doutes quant à son aptitude à la conduite pour problème d'alcool, se basait principalement au fait que l'assurée est déjà connue pour une conduite en état d'ébriété en 2015 avec retrait du permis (cf. RM du 27.11.2017 du Dr S._____, rhumatologue, GED 15.08.2019) avec possible nouvelle infraction routière en 2019 (cf. RM du 09.08.2019, Dr S._____, rhumatologue, GED 15.08.2019) sur notion d'une consommation d'alcool continue (RM 25.08.2020, Dr A._____, MT, GED 26.08.2020). A noter qu'une signalisation au SAN pour problème d'alcool, ne nécessite pas forcément la préexistence d'une dépendance à l'alcool ; mais une utilisation abusive d'alcool en combinaison d'une difficulté connue de séparer consommation d'alcool et conduite automobile (selon le dossier st.p. conduite en état d'ébriété déjà en 2015) suffit déjà pour justifier une telle signalisation. A préciser d'une manière générale qu'une inaptitude à la conduite automobile pour problème d'alcool ne justifie pas automatiquement une incapacité durable de travail dans toute activité."

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, subsidiairement à des mesures professionnelles.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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) 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).

c) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

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

e) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit aux prestations de l'assurance-invalidité en cas de syndrome de dépendance (ATF 145 V 215). Il a notamment abandonné la présomption que les toxicomanies primaires en tant que telles ne justifiaient en principe pas la reconnaissance d'une invalidité au sens de la

loi (consid. 5.3.3) et étendu l'application de la jurisprudence relative aux troubles psychiques (ATF 143 V 418) aux cas de syndromes de dépendance. Il s'agit dorénavant de déterminer au moyen d'une procédure structurée d'administration des preuves (ATF 141 V 281) si, et le cas échéant jusqu'à quel point, un syndrome de dépendance diagnostiqué par des spécialistes influence dans le cas examiné la capacité de travail de la personne concernée (ATF 145 V 215 consid. 5.3.2). Selon l'ATF 141 V 281, le caractère invalidant des affections psychosomatiques, des affections psychiques et dorénavant des toxicomanies doit être établi dans le cadre d'un examen global en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 145 V 215 consid. 4.1 et les références citées ; 143 V 409 consid. 4.4 ; 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

Le fait qu'une expertise n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

f) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé

de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

g) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

4. a) En l'espèce, l'OAI a refusé d'octroyer une rente d'invalidité et des mesures professionnelles à la recourante. Se fondant sur le rapport d'expertise psychiatrique du 21 mai 2019 du Dr I._____, mise en œuvre par Z._____, et le rapport du 9 août 2019 du Dr S._____, l'intimé a considéré que si la capacité de travail de l'intéressée était nulle dans l'activité habituelle depuis le 13 octobre 2018, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (*sans efforts physiques importants,*

capacités d'adaptation modérément altérées, la mise en pratique des compétences et connaissances professionnelles altérées, capacité de jugement modérément altérées, capacité d'endurance légèrement altérée, de même que la capacité d'intégration à un groupe, léger pragmatisme), elle était de 100 % depuis le mois d'août 2019, moyennant l'introduction d'un antidépresseur SSRI avec contrôles sanguins et en cas de dépendance avérée à l'alcool, d'un support à l'abstinence.

Dans ses écritures, la recourante critique l'évaluation de son état de santé psychique s'agissant de la dépendance à l'alcool retenue depuis février 2019 par l'OAI en s'étonnant que si cette consommation a nécessité un signalement auprès du Service des automobiles et de la navigation, elle n'a toutefois pas été jugée suffisamment importante pour justifier une « instruction complète de l'affaire sur le plan médical ». Sous l'angle somatique, elle se plaint d'une lacune d'instruction sur les effets des interactions des diverses pathologies, soit une polyarthrite rhumatoïde séropositive et érosive, un syndrome douloureux des péri hanches, des lombalgies chroniques et des douleurs aux poignets, avec en outre un suivi orthopédique en raison d'une fracture de la rotule droite remontant au mois de février 2019. Dans ce contexte, elle soutient que le point de vue du Dr S._____ « signalant que la recourante cumulait un nombre impressionnant de limitations » mais retenant de manière contradictoire une pleine capacité de travail dans l'activité antérieure, n'a aucune valeur probante, au vu notamment des limitations fonctionnelles retenues par le Dr G._____ en mars 2020. La recourante conclut à la nécessité de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (psychiatrique, rhumatologique et orthopédique).

b) aa) Sur le plan psychiatrique, le Dr I._____ a retenu en mai 2019 les diagnostics incapacitants de troubles de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F33.21) depuis le 13 octobre 2018, d'anxiété généralisée (F41.1) depuis le 13 octobre 2018 et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : utilisation nocive pour la santé (F10.1) depuis « au moins le vendredi 1^{er} février 2019 ». L'expert a estimé que la capacité de travail était nulle au jour de son

examen (le 8 mai 2019), de 30 % depuis le 8 juin 2019, de 60 % dès le 8 juillet 2019, et de 100 % depuis le 8 août 2019. En lien avec l'évaluation de la capacité de travail, l'expert psychiatre a estimé que la preuve de l'abstinence de dépendance à l'alcool est exigible de la part de l'assurée comme l'est également un traitement psychopharmacologique conduit dans les règles de l'art.

En l'occurrence, sur le plan psychiatrique, la situation médicale n'est pas clairement établie. Il convient ainsi de relever que lors de l'examen psychiatrique du 8 mai 2019, l'assurée a déclaré à l'expert qu'elle consommait l'équivalent de 7 unités d'alcool par semaine. Cet élément associé au constat par son rhumatologue le 1^{er} février 2019 d'un foetor alcoolique au moins à une reprise, rendait selon l'expert hautement vraisemblable l'existence d'un mésusage de l'alcool. L'expert a ainsi retenu une utilisation nocive pour la santé, sans exclure une dépendance à l'alcool contrairement à l'avis du SMR du 23 novembre 2020. En l'état du dossier, il n'est pas possible de déterminer si l'assurée présente une dépendance à l'alcool, ce qui « compliquerait de manière accrue le diagnostic » selon l'expert (rapport d'expertise, p. 9) et que l'intéressée ne semble pas nier dans le cadre de son recours. On ne connaît toutefois pas le résultat de la mesure des CDT [*Carbohydrate Deficient Transferrin*] toutes les trois semaines, preuve d'une absence de dépendance à l'alcool exigible de la part de l'assurée sur la durée de son incapacité de travail selon les termes utilisés par l'expert (cf. rapport d'expertise, p. 9 et 11). Si une dépendance à l'alcool était constatée, il conviendrait d'examiner son éventuel caractère incapacitant au moyen des indicateurs jurisprudentiels en matière d'appréciation du droit à des prestations de l'assurance-invalidité en cas de syndrome de dépendance. Par ailleurs, le rapport d'expertise mise en œuvre par l'assureur perte de gain est manifestement insuffisant au vu de l'absence de discussion diagnostique et du caractère non étayé des motifs pour lesquels l'expert a estimé qu'avec une médication adaptée (introduction d'un antidépresseur SSRI), l'assurée serait en mesure de reprendre une activité adaptée à 100 % dès août 2019. En effet, dans son rapport, même s'il a retenu des troubles de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F33.21), l'expert a écarté le

diagnostic d'épisode dépressif. Il a en outre admis qu'il n'existait pas de traitement psychopharmacologique pour la pathologie de base qu'est l'anxiété généralisée, ce qui peut paraître contradictoire. Le rapport d'expertise ne contient en outre pas d'évaluation conforme au droit selon les indicateurs standards devant être pris en considération (à savoir, les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel », ceux du complexe « atteinte à la santé », le déroulement et l'issue du traitement médical ou d'une mesure de réadaptation professionnelle, les indicateurs du complexe « personnalité » et ceux du complexe « contexte social », et enfin si les conséquences qui sont tirées de l'analyse des indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » résistent à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence »). Il convient de constater à cet égard que malgré le soutien mis en place depuis plusieurs années, d'abord avec la psychologue F. _____ puis depuis le 4 décembre 2018 auprès de la Dre C. _____, les psychiatres traitants attestent qu'en raison de son état de santé global défaillant, la recourante n'est plus capable de retravailler depuis le 13 octobre 2018 (rapports des 15 mars et 20 novembre 2019 des médecins du Centre de psychiatrie et psychothérapie H. _____). Pour être complet on constate également que le rapport d'expertise mise en œuvre par l'assureur perte de gain passe sous silence les antécédents psychiques de l'assurée, laquelle a été battue au point de subir une fracture des os de la face en 2000 et dont la prise en charge psychiatrique a débuté en 2017, soit avant son engagement chez L. _____ Sàrl. Dans ces conditions, en se fondant sur l'expertise du Dr I. _____ qui ne permet pas une évaluation convaincante de la capacité de travail de la recourante à l'aune des indicateurs déterminants, l'OAI a failli à son devoir d'instruire la demande en établissant les faits de manière incomplète sur le versant psychiatrique.

bb) Sur le plan somatique, l'appréciation du Dr S. _____ du 9 août 2019 retenant une pleine capacité de travail de l'assurée en toute activité avec une faible résistance à l'effort (fatigabilité) en raison de douleurs musculaires diffuses sur déconditionnement modéré, n'est pas convaincante. Outre le fait que les limitations fonctionnelles ne sont pas clairement posées (dans l'annexe à son rapport le rhumatologue consulté

a coché indistinctement toutes les cases des limitations dues à l'état de santé), l'appréciation du rhumatologue consulté est remise en cause par d'autres éléments ressortant du dossier.

Les rapports de la D. _____ des 17 et 28 juin 2019 dressent la liste des médecins consultés en raison des diverses atteintes à la santé de la recourante. Il est noté une boiterie ainsi que des difficultés à se lever chez l'assurée dont il n'est pas possible de connaître la ou les affections qui en est ou sont la ou les cause(s). En effet, selon les renseignements dont on dispose en l'état du dossier, l'assurée est affectée de psoriasis vulgaire (diagnostiqué en 1996, peu gênant et restreint aux coudes et genoux ainsi qu'en dé à coudre aux doigts des mains et des pieds), d'une polyarthrite rhumatoïde séropositive et érosive diagnostiquée depuis 2015 et elle présente également un syndrome douloureux des péri-hanches (déconditionnement musculaire) depuis « au moins 2017 », en particulier du côté droit avec réveils nocturnes. S'ajoutent encore des lâchages par manque de force aux jambes, des lombalgies chroniques, des douleurs aux poignets et peu intenses aux deux pieds, localisées au bord latéral au col du pied droit, avec parfois une sensation de blocage, ainsi que des problèmes dentaires (lors de l'entretien de la mi-juin 2019 à la D. _____, bien que porteuse de deux implants complets, l'assurée a déclaré avoir collé ses dents dans l'espoir qu'elles restent en place). Sur recommandations de son médecin traitant, elle bénéficie de séances de physiothérapie ainsi que des injections hebdomadaires (Enbrel® 50 mg par semaine). En février 2019, elle s'est en outre cassé la rotule droite avec une prise en charge, depuis le 22 mars 2019, par le Dr G. _____. Sans se prononcer sur la capacité de travail tout en réservant son pronostic, ce chirurgien orthopédiste a néanmoins signalé, en mars 2020, que des douleurs physiques multiples faisaient obstacle à une réadaptation professionnelle. De son côté, le Dr A. _____ a attesté une incapacité de travail totale de l'assurée dans toute activité depuis le 13 octobre 2018 en raison d'une insomnie anxieuse ainsi que d'un épuisement psychique et physique (rapport du 9 septembre 2019). En août 2020, le médecin traitant a fait part d'un état de santé davantage péjoré depuis octobre 2018, l'assurée restant incapable de travailler dans

toute activité ; compte tenu de l'ensemble des pathologies physiques et psychiques, le pronostic est toujours défavorable.

Il s'ensuit que l'avis isolé du Dr S. _____ du 9 août 2019 retenant une capacité de travail totale de l'assurée en toute activité adaptée est contredit par les autres pièces médicales figurant au dossier, lesquelles ne permettent toutefois pas d'évaluer avec précision tant la capacité de travail que les limitations fonctionnelles de la recourante. En particulier, dans le contexte des plaintes de maux de dos et des douleurs des hanches ou des péri hanches, évocatrices d'une atteinte rhumatismale touchant le squelette axial et/ou les insertions, le diagnostic de psoriasis devra être confirmé pour exclure une arthrite psoriasique. En cas de confirmation du diagnostic de psoriasis vulgaire, il convient de tenir compte du fait que cette affection est très souvent accompagnée de troubles psychiques, en particulier des troubles dépressifs ou anxieux.

c) A la lecture de l'ensemble des rapports médicaux au dossier, on constate que la recourante présente une situation relativement complexe avec plusieurs atteintes dont certaines ont été reconnues comme ayant une incidence sur la capacité de travail. A ce stade, on ne voit pas quels éléments probants ont pu amener l'office AI à retenir que la recourante présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé. Ni l'état de santé de la recourante dans sa globalité, ni les conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail résiduelle n'ont été établies de manière probante.

5. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes

sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances sociales examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, *in* SVR 2007 UV n° 33 p. 111).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

c) En l'espèce, le cas de la recourante n'a pas été investigué de manière convaincante et exhaustive sur les plans psychiatrique et somatique. Le dossier n'étant pas complet, l'intimé n'était pas fondé à statuer sur le droit aux prestations sans procéder à l'instruction du cas sur le plan médical. Compte tenu de ces carences, il convient d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera à l'intimé de compléter l'instruction médicale en mettant en œuvre une expertise pluridisciplinaire (à tout le moins de médecine interne, psychiatrique et rhumatologique) conformément à l'art. 44 LPGA. Il appartiendra finalement à l'OAI d'inviter les experts à préciser

conjointement leurs constatations relatives à la capacité résiduelle de travail de la recourante, d'un point de vue interdisciplinaire.

d) Au vu de l'issue du litige, la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire est sans objet. Il n'est par ailleurs pas nécessaire, compte tenu du renvoi pour mise en œuvre d'un complément d'instruction décidé, de se prononcer à ce stade sur les griefs soulevés par la recourante sur le plan économique.

6. a) Le recours doit être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision rendue par l'OAI, la cause lui étant renvoyée pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'une mandataire qualifiée, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 14 janvier 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

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 R._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) 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 Rébecca Grand (pour R._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :