

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 janvier 2022

Composition : Mme DESSAUX, présidente
M. Neu et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Meylan

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourante, représentée par Me François Gillard, avocat à Belmont-sur-Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante [...] née en [...], sans formation professionnelle, est arrivée en Suisse en [...]. Dès le 1^{er} janvier 2017, elle a été engagée en qualité d'employée de bureau à 100 % au sein de J._____ (ci-après : J._____).

Le 14 mars 2017, l'assurée a subi une lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche (rupture transfixiante du tendon sus-épineux) en chutant dans les escaliers sur son lieu de travail. L'accident a été pris en charge par la Z._____ (ci-après : Z._____).

En totale incapacité de travail depuis le jour de cet accident, l'assurée a bénéficié d'une arthroscopie de l'épaule gauche le 27 juin 2017, réalisée par le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Sa reprise d'activité lucrative a ensuite été fixée à début janvier 2018 (cf. rapport du 4 décembre 2017 du Dr P._____).

La Z._____ a mis fin au paiement des indemnités journalières le 31 décembre 2017.

Dès le 1^{er} janvier 2018, l'arrêt de travail de l'assurée ayant été prolongé par son médecin-traitant, le Dr S._____, A._____ (ci-après : A._____), assurance d'indemnité journalière maladie collective, a pris en charge le cas.

Interpellé par A._____, le Dr S._____ a signalé, en date du 25 avril 2018, que l'assurée souffrait d'un état anxiodépressif à la suite de sa chute, de lombalgies sporadiques depuis trois-quatre ans, devenues chroniques depuis sa chute et s'accompagnant de sciatalgies à gauche. L'évolution au niveau de son épaule gauche était lentement favorable.

Dans son rapport du 15 mai 2018, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur,

médecin-conseil auprès d'A._____, a considéré que le cas de l'assurée était stabilisé pour ce qui était de son épaule gauche, bien qu'il existât une limitation de la mobilité active l'empêchant de porter le bras en hauteur de façon répétée. Au niveau rachidien, il existait des lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs. Sur le plan professionnel, ce praticien a estimé que l'ancienne activité de nettoyage n'était plus exigible. Dans une activité professionnelle rendant possible l'alternance en position assise et debout, sans travail en position agenouillée, en permettant quelques déplacements, sans port de charge supérieur à 5 kg et sans mouvements répétés en hauteur avec le membre supérieur gauche, une pleine capacité de travail pouvait être retenue sans baisse de rendement. Le Dr B._____ proposait de présenter le cas à un médecin-conseil psychiatre pour un avis sur le problème dépressif.

Par certificat médical du 4 septembre 2018, le Dr S._____ a estimé que l'assurée pouvait reprendre le travail dès le 1^{er} octobre 2018 à 100 %, en respectant les limitations mentionnées par le Dr B._____.

Le 28 septembre 2018, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé).

A._____ a mis fin au paiement des indemnités journalières le 30 septembre 2018.

Entretemps licenciée, l'assurée s'est inscrite le 1^{er} octobre 2018 auprès de l'assurance-chômage et a bénéficié des prestations.

Sollicité par l'Office AI, le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué, dans son rapport du 1^{er} juillet 2019, avoir suivi l'assurée d'octobre 2017 à janvier 2019. Son pronostic était « mauvais » chez une patiente chroniquement déprimée, dépendante à l'alcool (avec tentatives de suicide), isolée, avec des douleurs corporelles et des difficultés socio-professionnelles. Les limitations de

l'assurée consistaient en des troubles cognitifs en cas d'alcoolisation et en raison de sa dépression ainsi qu'en une fatigue et des douleurs corporelles. Durant la période de suivi, ce praticien considérait que la capacité de travail de l'assurée était nulle. Le pronostic sur un potentiel de réadaptation était réservé compte tenu de la sévérité de la dépendance à l'alcool et de la dépression chronique.

Selon le rapport médical du 30 août 2019 à l'attention de l'Office AI du Dr F._____, spécialiste en rhumatologie, le pronostic de réadaptation de l'assurée sur un travail à temps plein était défavorable compte tenu des lombalgies chroniques d'origine facettaire stables sous traitement, avec des limitations pour la position debout et la marche prolongée.

Dans son rapport du 7 février 2020, le Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, a considéré que l'assurée souffrait de lombosciatalgies chroniques dans le cadre d'un canal étroit L4-L5 et d'une arthrose postérieure active de ce niveau, se rajoutant à la découverte fortuite d'un tassement de L3. L'assurée présentait notamment un syndrome douloureux chronique caractérisé par des douleurs diffuses musculosquelettiques.

B. A l'initiative du Service médical régional (ci-après : SMR) (avis du 26 mai 2020), une expertise pluridisciplinaire a été mise en œuvre et confiée à T._____. (ci-après : T._____). Les Drs G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, M._____ et D._____, spécialiste en rhumatologie, ont rendu leur rapport le 29 septembre 2020, dans lequel ils ont pris les conclusions suivantes :

« **4. Évaluation consensuelle**

4.1. Évaluation médicale interdisciplinaire

Madame K._____ est âgée de 57 ans, née à [...], avec un permis C. Séparée avec 1 enfant. Arrivée en Suisse en [...], elle a obtenu en [...] un certificat de [...]. Dès 1996 à juillet 2014, indépendante, gérante de [...]. Dernier travail comme employée de bureau, elle s'est arrêtée lors de son accident de travail le 14.03.2017. L'expertisée est inscrite au chômage à 100 % à partir du 01.10.2018, puis à l'aide sociale à partir d'octobre 2019.

Madame K._____ a été victime d'une chute en mars 2017 qui a généré une rupture de coiffe de l'épaule gauche ayant nécessité une prise en

charge chirurgicale avec une évolution qui fut favorable, mais elle en garde une limitation fonctionnelle. Il a été décrit des lombalgies qui se sont manifestées essentiellement à partir du mois de novembre 2017, attribuées à une pathologie dégénérative lombaire avec canal lombaire étroit et protrusion discale. Il s'avère qu'elle a également présenté un tassement vertébral de L3 avec une ostéoporose qui reste évolutive puisqu'avec nouveaux tassements en dorsal sur les derniers clichés radiographiques. L'arthrose rachidienne est évolutive et inflammatoire comme le confirme l'IRM du 24.09.2019. L'expertisée a également présenté une rupture de coiffe au niveau de l'épaule droite confirmée sur les clichés que nous avons sollicités et en particulier l'échographie. Cette épaule n'a pas encore bénéficié d'une véritable prise en charge.

Des thérapeutiques doivent encore être mises en place, car une réévaluation de l'ostéoporose et d'un traitement préventif de nouveaux tassements vertébraux sont à évoquer. Pour l'épaule droite, il n'est pas exclu que l'expertisée ait à bénéficier d'une prise en charge chirurgicale compte tenu des lésions présentées et confirmées sur l'échographie récente.

Prise en charge psychiatrique depuis 2017 pour une dépendance à l'alcool, primaire, sans séquelles de type troubles cognitifs et un trouble dépressif qui a toujours été léger. L'expertisée ne prend pas les médicaments prescrits.

En outre, l'expertisée a eu un cancer de l'utérus à 40 ans ayant justifié une hystérectomie sans ablation ovarienne.

Les plaintes actuelles consistent en douleurs dans le bas du dos, des blocages, tristesse et anxiété légères.

L'examen clinique pluridisciplinaire a mis en évidence une arthrose évolutive, un tassement vertébral et les tendinopathies, ainsi que la consommation chronique d'alcool.

La présente évaluation corrobore les diagnostics figurant au dossier et les incapacités qu'ils entraînent.

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

- Tendinopathie de l'épaule droite avec rupture tendineuse, M75-1
- Tendinopathie de l'épaule gauche avec rupture tendineuse opérée, M75-1
- Lombalgies sur canal lombaire étroit et dégénérescence discale lombaire, M51.1, G 55.1
- Ostéoporose avec fracture vertébrale, M48.5
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue, F1025
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique, F33.01

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

Limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique : incapacité de porter des charges et de travailler avec les bras en hauteur.

4.4. Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

La personnalité avec des mécanismes adaptatifs n'a aucune incidence.

4.5. Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Pas de facteurs de surcharge chez Madame K. _____ qui est capable de s'adapter à des règles de routine, elle sait planifier et structurer ses tâches. Elle possède de la flexibilité et la capacité de changement, elle est capable

de mobiliser ses compétences et ses connaissances. Elle est apte à prendre des décisions, possède du discernement, est capable d'initiatives et d'activités spontanées. Elle peut s'affirmer, tenir une conversation, établir le contact avec des tiers. Elle est apte à vivre en groupe, à lier d'étroites relations, à prendre soin d'elle-même et à subvenir à ses besoins. Elle dispose de mobilité, elle a les moyens de se déplacer. Sa capacité de résistance et d'endurance est diminuée à cause de la douleur alléguée.

4.6. Contrôle de cohérence

L'expert rhumatologue informe qu'il existe une certaine incohérence entre l'importance des manifestations fonctionnelles décrites et les lésions anatomiques. Sur le plan lombaire, l'expertisée présente en effet une arthrose évolutive, un tassement vertébral, mais ceci n'explique pas l'importance de la limitation fonctionnelle qu'elle décrit lorsqu'elle se présente à l'entretien et à l'examen clinique. Au niveau lombaire il y a une majoration algique. Pour ce qui concerne les épaules, les symptômes sont cohérents, plausibles et sans exagération.

L'expert psychiatre a constaté la tristesse et l'anxiété légères de l'expertisée, mais pas les troubles cognitifs allégués.

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

Incapacité de travail de 55 %, d'ordre rhumatologique depuis mars 2017.

4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée

Capacité de travail, d'ordre rhumatologique de 80 %, depuis mars 2017.

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

L'incapacité de travail est motivée par le fait qu'elle doit observer des pauses, se lever, s'asseoir, procéder à des étirements rachidiens.

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

L'expert rhumatologue considère qu'une prise en charge de l'ostéoporose est susceptible d'améliorer la capacité de travail avec mise en place d'un traitement préventif des rechutes fracturaires, port d'un lombostat et mise en place d'un siège ergonomique. Pour l'épaule droite, une prise en charge chirurgicale est à évoquer avec un nouvel arrêt complet d'activité pendant 3 à 6 mois et une récupération d'une meilleure capacité de travail évoquée à 8 mois. »

Dans un avis du 9 novembre 2020, le SMR a adhéré aux conclusions de l'expertise, estimant toutefois que l'assurée avait été en incapacité totale de travail entre mars 2017 (chute) et fin décembre 2017, soit six mois après l'opération de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Le SMR restait dubitatif quant au pronostic d'amélioration de la capacité de travail avec une prise en charge de l'ostéoporose, étant précisé que la pathologie dégénérative lombaire n'irait pas en s'améliorant.

Par projet de décision du 10 décembre 2020, l'Office AI a communiqué à l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de mesures professionnelles et de rente d'invalidité au motif que son degré d'invalidité n'était que de 36.18%. Celui-ci avait été calculé sur la base des données salariales statistiques, comportait un abattement de 5 % en raison de son âge et tenait compte d'une capacité de travail de 80 % (reconnue dès le 14 mars 2018) dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges, pas de travail avec les membres supérieurs en hauteur ni de gestes répétitifs des membres supérieurs, privilégier une activité sédentaire permettant l'alternance des positions assis/debout.

L'assurée a présenté ses objections par courrier de son mandataire du 9 mars 2021. Elle y a joint un rapport du 22 février 2021 du Dr Q._____, qui rappelait les différentes atteintes ostéoarticulaires dont souffrait l'assurée (douleurs de l'épaule gauche et du rachis, ostéoporose, fracture-tassement vertébral L3, discopathie dégénérative étagée marquée en L4-L5 et L5-S1, et arthropathie dégénérative de l'épaule droite avec lésion de la coiffe) et qui entraînaient des douleurs et limitations articulaires. Sur cette base-là, l'assurée a requis un complément d'instruction.

Par décision du 26 mars 2021, l'Office AI a refusé de mettre l'assurée au bénéfice de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité, reprenant les termes de son projet de décision. Dans une lettre du même jour, il a pris position sur le rapport du Dr Q._____ et a considéré qu'il n'apportait aucun élément médical nouveau (avis SMR du 25 mars 2021).

C. Par acte du 30 avril 2021, K._____, représentée par Me François Gillard, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, principalement, à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité avec effet rétroactif dès le 14 mars 2018, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'Office AI pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, elle a

fait valoir que l'instruction menée par l'Office AI était lacunaire dans la mesure où cette autorité aurait dû réexaminer, sur la base du rapport du Dr Q._____, le dossier de manière complète et non pas se baser sur un avis SMR du 9 novembre 2020, rappelant, par surabondance, l'impossibilité d'une chirurgie réparatrice de son épaule droite compte tenu de la situation sanitaire (Covid-19). Quant aux troubles dépressifs, ils avaient été sous-estimés. En prenant en compte tous ces éléments, son incapacité de travail était à tout le moins de 50 %. L'assurée a également reproché à l'Office AI d'avoir commis un abus de son pouvoir d'appréciation en considérant qu'elle disposait d'une capacité de travail de 80 % et qu'elle pouvait pratiquer des activités professionnelles légères. S'agissant du calcul sur le revenu d'invalidité, un abattement de 30 % (sic), voire à tout le moins de 25 %, devait être opéré. A titre de mesures d'instruction, l'assurée a notamment requis la mise en œuvre d'une expertise médicale sur le plan somatique et d'une contre-expertise médicale sur le plan psychiatrique. Elle a en outre requis l'octroi de l'assistance judiciaire.

Dans sa réponse du 8 juillet 2021, l'Office AI a conclu au rejet du recours, rappelant que la décision litigieuse reposait sur une expertise.

Par réplique du 31 août 2021, l'assurée a affirmé qu'aucune chirurgie réparatrice n'était envisageable sur son épaule droite. Pour le reste, elle a maintenu ses motifs et conclusions.

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. a) Le présent litige porte sur le droit de la requérante à des prestations de l'assurance-invalidité.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 26 mars 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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).

c) 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). Cette jurisprudence s'applique également en cas de syndrome de dépendance (ATF 145 V 215). Le Tribunal fédéral 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).

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

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

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte

de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

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

4. a) Dans le cas d'espèce, la décision entreprise repose essentiellement sur les conclusions de l'expertise du T._____ que l'intimé a fait réaliser. Aux termes de leur rapport du 29 septembre 2020, les experts ont posé les diagnostics incapacitants de tendinopathie de l'épaule droite avec rupture tendineuse (M75-1), de tendinopathie de l'épaule gauche avec rupture tendineuse opérée (M75-1), de lombalgies sur canal lombaire étroit et dégénérescence discale lombaire (M51.1, G55.1), d'ostéoporose avec fracture vertébrale (M48.5), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation

continue (F10.25), et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique (F33.01). Les experts ont considéré que la recourante avait 55 % d'incapacité de travail dans son activité habituelle depuis mars 2017. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 80 % depuis mars 2017. Définissant les limitations fonctionnelles, les experts ont indiqué que la recourante devait éviter de porter des charges et de travailler avec les bras en hauteur. L'intimé, sur avis du SMR, a reconnu pleine valeur probante aux conclusions de l'expertise, appréciation que la recourante conteste estimant qu'une instruction complémentaire est nécessaire.

b) La recourante oppose au volet rhumatologique de l'expertise le rapport du 22 février 2021 du Dr Q._____, lequel a estimé que la recourante souffrait d'une ostéoporose majeure, couplée à diverses anomalies : une fracture tassement vertébral, une discopathie dégénérative étagée, et, au niveau de l'épaule droite, une arthropathie dégénérative acromio-claviculaire avec rupture transfixiante à la jonction d'insertion supra et de l'infra-épineux ; une ostéopénie avec un risque augmenté de fracture et une déminéralisation osseuse diffuse ; des douleurs situées au niveau du rachis lombosacré et aux hanches, irradiant vers les membres inférieurs ; une perte de force musculaire dans le bras gauche avec une récupération, à trois années post-opération, à hauteur de 80 % ; une déchirure transfixiante du tendon du muscle sus-épineux avec rétractation des fibres tendineuses se poursuivant dans les fibres supérieures du muscle sous-épineux de l'épaule droite, laquelle nécessitait une intervention chirurgicale, ainsi qu'une déchirure labrale dans le cadre d'une arthrose acromio-claviculaire. Or le SMR s'est pertinemment prononcé sur ce rapport par avis du 25 mars 2021, estimant que les diverses atteintes ostéoarticulaires avaient été objectivées lors de l'expertise et que ce rapport n'apportait ainsi aucun élément médical nouveau. Toutes les atteintes ont été discutées par l'expert rhumatologue. Sur le plan rhumatologique, le diagnostic posé par l'expert rhumatologue (tendinopathie de l'épaule droite avec rupture tendineuse, tendinopathie de l'épaule gauche avec rupture tendineuse opérée, lombalgies sur canal lombaire étroit et dégénérescence discale lombaire, et ostéoporose avec

fracture vertébrale) est largement superposable à ceux retenus par les différents médecins consultés par la recourante. Le Dr H. _____ a relevé que la recourante souffrait de lombosciatalgies chroniques dans le cadre d'un canal étroit L4-L5 et d'une arthrose postérieure active de ce niveau, se rajoutant à la découverte fortuite d'un tassement de L3 sur l'IRM [imagerie par résonance magnétique] réalisée en septembre 2019 dans le cadre d'une ostéopénie densitométrique et un risque fracturaire, atteintes auxquelles s'ajoutaient des douleurs musculosquelettiques diffuses s'inscrivant dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique. L'appréciation de l'expert est également étayée par la Dre X. _____, spécialiste en radiologie, laquelle a notamment noté que la recourante souffrait de discarthrose, d'arthrose interfacettaire pluri-étagées et d'une majoration de la discopathie L4-L5 avec majoration de l'étranglement canalaire L4-L5 (rapport IRM du 10 novembre 2017). Le Dr B. _____ a, sur cette base, retenu des signes dégénératifs (cf. rapport du 15 mai 2018). Ce praticien a considéré que, dans une activité professionnelle permettant l'alternance en position assise et debout, sans travail en position agenouillée, en permettant quelques déplacements, sans port de charge supérieur à 5 kg, sans mouvements répétés en hauteur avec le membre supérieur gauche, une pleine capacité de travail pouvait être reconnue sans baisse de rendement. Le Dr S. _____ a, quant à lui, estimé que la recourante souffrait d'une spondylarthrose (cf. certificat médical LAA du 6 mars 2018). Lors d'une IRM de la colonne lombaire du 24 septembre 2019, le Dr N. _____, spécialiste en radiologie, a constaté que la recourante présentait notamment un canal étroit L4-L5 et une arthrose postérieure active. Selon le rapport du 12 août 2020 du Dr R. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et spécialiste en radiologie, la recourante souffrait de stigmates de rupture transfixiante à la jonction d'insertion du supra et de l'infra-épineux et d'une fracture de tassement vertébral de L3 sans recul du mur postérieur.

L'ostéoporose est certes évolutive, tout comme l'arthrose et la dégénérescence du rachis, mais il appartient à l'intimé de statuer sur la base des atteintes actuelles et de leur répercussion actuelle sur la capacité de travail et non sur la base de leur évolution future, étant

rappelé l'existence de la procédure de révision en cas d'éventuelle aggravation.

Il convient d'ajouter que l'intervalle de temps, relativement court, entre l'expertise et le rapport du Dr Q._____ ne rend pas obsolète les observations et conclusions de l'expert rhumatologue, ce d'autant plus que la recourante ne fait pas valoir de nouvelle atteinte ou d'aggravation qui serait survenue depuis lors.

De fait, l'appréciation du Dr Q._____ est centrée sur les douleurs dont l'existence ne saurait être contestée, mais dont l'expression par la recourante paraît être amplifiée ou incohérente. Le Dr H._____ a, en effet, relevé une exagération de la réponse verbale et, l'expert, une certaine incohérence entre l'importance des manifestations fonctionnelles décrites et les lésions anatomiques (expertise p. 24 ch. 7.3).

Le rapport médical du Dr Q._____ ne permet ainsi pas de remettre en cause l'appréciation faite par l'expert rhumatologue au sujet de l'impact de l'atteinte sur la capacité de travail de la recourante.

c) Sur le plan psychiatrique, l'expert G._____ a posé les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F10.25), et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique (F33.01), qu'il a jugés sans incidence sur la capacité de travail.

Le volet psychiatrique de l'expertise n'est pas convaincant. Il frappe en particulier par une anamnèse, en particulier médicale, lacunaire, l'expert indiquant lui-même qu'« *au moment de la rédaction du [...] rapport, [il] n'av[ait] pas encore reçu les renseignements demandés au thérapeute de l'expertisée* » (pt 5). S'agissant du suivi médical de la recourante, l'expert a uniquement indiqué qu'elle « *est suivie par un psychologue qui travaille en délégation avec un psychiatre depuis une année, à raison de 2 fois par mois* » (p. 8). L'expert ne précise pas de quel psychologue il s'agit, ni de quel psychiatre, et on ignore même s'il a posé

la question à la recourante. Concernant les antécédents psychiatriques, l'expert a mentionné qu'il n'y en avait « *aucun* » (p. 8), alors même qu'il est fait mention des tentatives de suicide de la recourante (à l'âge de 14 ans, puis à des dates inconnues), précisant que cette dernière avait été hospitalisée à [...] et au [...] et qu'elle avait voulu se jeter sous un train en 2015. Il appartenait dès lors à cet expert de chercher à obtenir davantage d'informations sur le passé psychiatrique de la recourante, en particulier auprès de son thérapeute. L'expert fait également référence aux « *mauvais souvenirs [d']enfance* » de la recourante, au fait qu'elle a été une « *enfant maltraitée, surtout par sa mère* » et qu'elle n'entretient plus de contact avec sa fille qui « *lui a tourné le dos* ». On s'étonne toutefois que l'expert n'ait pas interrogé davantage la recourante sur son enfance et ses relations familiales. Il y a ainsi lieu de constater l'extrême pauvreté des renseignements recueillis par l'expert psychiatre, d'autant plus frappant à la lecture du volet rhumatologique qui révèle des éléments complètement absents de l'expertise du Dr G._____, par exemple, la maltraitance subie par la recourante de la part de sa mère qui était physique et psychologique, ce qui l'a amenée à faire sa première tentative de suicide. Outre le fait qu'une expertise doit être complète et détaillée pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, on ne saurait faire l'impasse sur l'existence d'épisodes dépressifs par le passé.

Il appert que le rapport d'expertise n'a pas été établi en pleine connaissance du dossier et de l'anamnèse. On relèvera également que l'exposé des plaintes de la recourante est inexistant.

Sous l'angle diagnostic, l'expert G._____ ne discute pas de l'évolution de la gravité du trouble dépressif, ni son influence sur la capacité de travail, se contentant d'indiquer que la recourante a souffert d'un « *premier épisode dépressif à l'adolescence en raison d'une mauvaise relation avec sa mère* » et qu'il y a « *eu un deuxième épisode dépressif en 2017* » (pt 6). L'expert conclut ensuite à « *un trouble dépressif récurrent qui a toujours été léger* » (pt 6) ce qui ne manque de surprendre compte tenu de l'allégation de tentamen. On ne retrouve pas non plus les raisons pour lesquelles l'expert psychiatre s'écarte du

diagnostic posé par le Dr V._____, lequel a retenu un épisode dépressif chronique (F33.11) ainsi qu'une dépendance à l'alcool (avec tentatives de suicide). L'expertise psychiatrique réalisée par le Dr G._____ passe également sous silence le syndrome douloureux, pourtant relevé par le Dr H._____ et l'expert rhumatologue. Sous l'angle diagnostic toujours, l'expert G._____ a manifestement ignoré l'évolution de la jurisprudence mettant fin à la distinction entre dépendance primaire (par le passé, présumée non incapacitante) et dépendance secondaire. Il a considéré que la dépendance à l'alcool de la recourante était primaire (pt 6 et 7.1) sans autre développement, ce qui ne permet d'examiner cette atteinte à l'aune des indicateurs jurisprudentiels. Par ailleurs, les analyses de laboratoire sont certes dans la norme tout comme l'examen clinique mais la consommation d'alcool est importante, de longue durée, avec des phénomènes de « craving » et un déni de la dépendance, le tout justifiant des investigations complémentaires, cas échéant un examen neuropsychologique.

S'agissant des indicateurs relatifs au degré de gravité fonctionnel, l'expert n'a pas détaillé en quoi les atteintes retenues se manifestaient concrètement. Il n'a de surcroît pas discuté de la mesure d'intervention précoce sous forme externalisée qui avait dû être interrompue « pour des raisons de santé ». On peut notamment s'étonner que l'expert se limite à mentionner qu'il n'y a « aucune contre-indication à ce que [la recourante] suive une mesure de réadaptation si celle-ci devait être indiquée » (pt 7.2), ce qui est pour le moins succinct. Bien plus, l'expert n'a pas analysé l'interaction entre les différents diagnostics retenus, se contentant d'indiquer que le trouble dépressif était « probablement » entretenu par la dépendance primaire à l'alcool (pt 7.1), sans mentionner l'interaction avec les atteintes rhumatologiques. L'expert n'a pas davantage fourni une évaluation de la personnalité de la recourante ; tout au plus peut-on lire, dans le cadre de l'appréciation consensuelle, que « la personnalité avec des mécanismes adaptatifs n'a aucune incidence », constat qui n'est accompagné d'aucune motivation et qui n'équivaut en tous les cas pas à un examen de la structure de la personnalité de la recourante.

Sous l'angle des ressources, les constatations de l'expert psychiatre - pour le moins laconiques, le Dr G._____ se contentant de relever (pt 7.1) que la recourante « *a tout de même des ressources psychologiques et des mécanismes adaptatifs qu'elle a pu mettre en évidence tout au long de sa vie même si ceux-ci sont actuellement légèrement diminués à cause de la douleur* » - sont également en contradiction avec les différents éléments au dossier. L'expert G._____ ne revient ainsi pas sur la situation personnelle de la recourante, notamment le peu d'activités qu'elle a au cours de la journée, son isolement social et familial (n'ayant comme contact que son ex-belle-sœur) et le fait qu'elle sorte peu de chez elle. On ignore par ailleurs quelles étaient les activités pratiquées par la recourante avant ses problèmes de santé.

En ce qui concerne le succès ou l'échec des traitements entrepris, un contact avec le précédent psychiatre aurait permis à l'expert G._____ de discuter des causes de l'absence de compliance.

Finalement, l'évaluation de la cohérence est également critiquable. L'expert a noté qu'il n'avait pas pu observer de troubles cognitifs, mais il lui incombait de s'informer auprès du psychiatre traitant avant de les exclure.

Force est ainsi de constater que l'expertise réalisée par le Dr G._____ ne satisfait pas aux réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, en tant qu'elle ne contient notamment pas les éléments nécessaires pour permettre de procéder à l'examen global du caractère invalidant ou non des atteintes en tenant compte des différents indicateurs préconisés par la jurisprudence.

5. a) Il ressort de ce qui précède que, sur le plan psychiatrique, l'expertise ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause.

b) 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 justifié 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 ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

c) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire – ce dont il devait se rendre compte au moment où il a statué – et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il faut relever que l'expert psychiatre n'a pas pris la peine d'éclaircir suffisamment les points qui devaient l'être comme démontré ci-dessus. Dans ces conditions, l'intimé ne pouvait se permettre de statuer. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'intimé, dès lors que c'est à lui qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGGA).

La recourante ne soulève aucun grief à l'encontre du volet de médecine interne de l'expertise. Il n'apparaît en soit pas nécessaire de compléter l'instruction sur ce plan.

Il appartiendra à l'intimé de mettre en œuvre une nouvelle expertise, elle sera bi-disciplinaire, soit psychiatrique et rhumatologique compte tenu de l'évolution potentielle de l'état de santé de la recourante sur ce point.

6. A ce stade, il convient de relever que l'instruction devra également être complétée s'agissant du revenu sans invalidité. Le revenu

sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

En l'occurrence, le contrat de travail de la recourante ne prévoyait pas de 13^{ème} salaire mais une gratification à bien plaisir. Dans le contexte d'un travail qui venait de débuter, il conviendra de vérifier les attentes réelles de la recourante quant à une gratification annuelle de 5'000 fr., par exemple en demandant les montants, anonymisés, des gratifications annuelles des anciens employés au poste d'employé(e) de bureau au sein de J._____ ou d'autres collaborateurs afin d'avoir une représentation de la politique de l'entreprise en la matière.

7. Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de se positionner sur les autres arguments et réquisitions d'instruction de la recourante.

8. **a)** Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis, et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante, au bénéfice de l'assistance judiciaire, obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter les dépens à 2'000 fr., débours et TVA compris, et de les mettre

intégralement à la charge de la partie intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RA) [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**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 26 mars 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et le dossier est renvoyé à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.
- III. Les frais de justice, d'un montant de 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'intimé.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à K. _____ un montant de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me François Gillard (pour K. _____),
- 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 :