

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 novembre 2023

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Neu et Mme Durussel, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

C. _____, à Q. _____, recourante,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 43 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1965, est divorcée et mère de deux enfants nés en 2003 et en 2006. Au bénéfice d'une formation de coiffeuse non certifiée effectuée au Maroc, l'assurée s'est établie en 1991 en Suisse où elle a occupé divers emplois (ouvrière, serveuse, auxiliaire éducative) entrecoupés par des périodes de chômage. En 2017, elle a effectué une formation d'auxiliaire éducative avant de travailler entre mars et mai de la même année dans la garderie F._____ à un taux d'activité compris entre 60 et 80 %.

Souffrant de troubles psychiques (dépression importante et chronique), l'assurée a déposé, le 22 août 2019, 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).

Le 7 octobre 2019, l'assurée a complété le formulaire « détermination du statut (part active/part ménagère) ». Elle a indiqué que, en bonne santé, elle travaillerait à 80 % dans les secteurs professionnels où elle disposait d'une expérience (coiffure, restauration, activités en usine ou avec des enfants), le reste du temps étant consacré à la tenue du ménage et aux soins voués à ses enfants.

Dans un rapport du 11 octobre 2019, le Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant, a posé pour seul diagnostic - avec effet sur la capacité de travail - celui de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen). Il a attesté une incapacité de travail totale en toute activité depuis le 14 juillet 2015, date du début de la prise en charge.

Répondant à un questionnaire complémentaire adressé ensuite de l'avis médical du 8 septembre 2020 du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), le Dr B._____ a, le 21 septembre 2020, posé le diagnostic incapacitant de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive. Selon ce

médecin, l'assurée n'était pas en mesure d'exercer une quelconque activité, compte tenu de l'absence de stabilisation de son état de santé psychique et de ses difficultés d'adaptation. A cela s'ajoutait une dégradation de l'état de santé somatique sous forme de douleurs persistantes à l'épaule et au bras gauches.

Dans un rapport du 22 février 2021, le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - d'omalgies gauches d'origine mixte, d'arthropathie acromio-claviculaire gauche infiltrée le 10 septembre 2020, de bursite sous acromio-claviculaire avec tendinopathie du sus-épineux au décours, de syndrome cervico-brachial partiellement C6 irritatif avec insertionite de l'angulaire de l'omoplate et de schéma capsulaire résiduel. A titre de limitations fonctionnelles, l'assurée devait éviter les mouvements répétitifs au-dessus de l'horizontale avec le membre supérieur gauche. Si la capacité de travail était de 50 % dans l'activité de coiffeuse, il existait cependant un pronostic de réadaptation au taux de 100 % (8 heures par jour) dans une activité adaptée. Le Dr P._____ a joint à son rapport divers documents médicaux, dont un rapport du 4 mai 2020 rédigé à l'intention du Dr S._____, médecin traitant.

Appelée à se prononcer sur les éléments médicaux au dossier, la Dre L._____, médecin auprès du SMR, a conclu son avis médical du 23 mars 2021 en ces termes :

« Sur le plan psychiatrique, le début de l'incapacité de travail n'est pas clair. Le diagnostic doit aussi être clarifié puisque le Dr B._____ atteste d'abord un trouble dépressif récurrent, puis réoriente le diagnostic vers un trouble de l'adaptation. Par ailleurs, le rôle de facteurs non médicaux dans l'incapacité de travail (sans activité professionnelle depuis de nombreuses années, difficultés financières, ...) doit être examiné. On relève que l'évaluation des ressources n'est pas la même entre le Dr B._____ et le Dr P._____. Comme déjà souligné dans un précédent avis, compte tenu de la jurisprudence en vigueur concernant l'appréciation des répercussions des troubles psychiques sur la capacité de travail, nous ne sommes pas en mesure de statuer sur la seule base des rapports médicaux du Dr B._____, notamment de valider une capacité de travail nulle dans toute activité.

Sur le plan rhumatologique, le Dr P. _____ suggère que l'assurée exercerait toujours une activité de coiffeuse. Le début de l'incapacité de travail pour motif somatique n'est pas clair, ni l'évolution de la capacité de travail dans une activité adaptée.

Au vu de ce qui précède, nous ne sommes pas en mesure de nous prononcer. Par conséquent, afin de préciser les atteintes, les limitations fonctionnelles, la capacité de travail résiduelle après analyse des éléments jurisprudentiels et exclusion de facteurs étrangers non médicaux, et examiner les éventuelles mesures thérapeutiques exigibles, nous proposons de mettre en place une expertise bi-disciplinaire de rhumatologie et psychiatrie ».

Pour ce faire, l'office AI a confié au SMR le soin de procéder à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique de l'assurée. Les examens utiles ont été réalisés le 20 août 2021 par les Drs J. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et T. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 27 août 2021, ces médecins ont posé pour diagnostic principal - avec répercussion durable sur la capacité de travail - celui d'anxiété généralisée et, à titre de diagnostics associés, ceux de trouble panique (anxiété épisodique paroxystique) et de trouble obsessionnel compulsif de forme mixte avec pensées obsédantes et comportements compulsifs. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu les diagnostics suivants : cervico-scapulo-brachialgies gauches dans le cadre d'une arthrose, d'une bursite acromio-claviculaire, d'une tendinopathie fissuraire du sus-épineux ; probable capsulite rétractile de l'épaule gauche au décours ; épisode dépressif actuellement en rémission et accentuation de certains traits de personnalité anankastique. S'agissant de la capacité de travail, les médecins prénommés ont conclu à une incapacité de travail de 100 % en toute activité sur le plan somatique en raison d'une capsulite rétractile de l'épaule gauche du 3 février (date de l'échographie de l'épaule gauche) au 30 novembre 2020 (compte tenu, d'une part, de l'amélioration constatée à partir de la fin de l'année 2020 selon les propres déclarations de l'assurée et, d'autre part, des indications figurant dans le rapport du Dr P. _____ du 22 février 2021). Sur le plan psychiatrique, ils ont retenu une incapacité de travail de 40 % depuis le 14 juillet 2015 correspondant au taux d'activité communiqué par l'assurée en lien avec la dernière activité professionnelle exercée. En résumé, les Drs J. _____ et T. _____ ont retenu une capacité de travail exigible de 60 % dès le mois de décembre

2020 tant dans l'activité habituelle d'auxiliaire éducatrice que dans une activité adaptée.

L'office AI a fait procéder à une enquête économique sur le ménage au domicile de l'assurée. Dans son rapport du 30 septembre 2022, l'enquêtrice a conclu à un statut mixte de personne active à 60 % et de ménagère à 40 %. Le taux d'empêchements ménagers était de 1,1 %.

Par projet de décision du 18 octobre 2022, l'office AI a retenu que l'assurée avait présenté une incapacité de travail moyenne de 40 % en toute activité à compter du 18 avril 2019 suivie, dès le mois de février 2020, d'une incapacité de travail totale en raison d'une dégradation de son état de santé, ce qui a nécessité le calcul du degré d'invalidité. Sur la base d'un statut de personne active à 60 % et de femme au foyer à 40 %, l'office AI a retenu que le préjudice économique était désormais de 60,44 %, résultat de l'addition de l'empêchement dans la part active par 60 % ($60 \% \times 100 \%$) et dans la part ménagère par 0,44 % ($40 \% \times 1,1 \%$). Or, dès le mois de décembre 2020, l'assurée avait recouvré une capacité de travail de 60 % à la suite de l'amélioration de son état de santé, ce qui conduisait à la suppression de son droit à la rente au 31 mars 2021 soit trois mois après dite amélioration, le degré d'invalidité s'élevant dès lors à 24,44 % ($[60 \% \times 40 \%) + [40 \% \times 1,1 \%)$). L'office AI a ainsi informé l'assurée qu'il entendait lui allouer un quart de rente d'invalidité du 1^{er} avril au 30 juin 2020 fondé sur un degré d'invalidité de 40 %, puis un trois-quarts de rente du 1^{er} juillet 2020 au 31 mars 2021 fondé sur un degré d'invalidité de 60 %.

En l'absence de contestation, l'office AI a, par décision du 13 janvier 2023, entériné l'octroi d'une rente d'invalidité conformément à son projet de décision du 18 octobre 2022.

B. **a)** Par acte du 10 février 2023, C._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois contre la décision du 13 janvier 2023, en concluant à son annulation en ce sens que lui soit allouée une rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2020 non limitée

dans le temps. Elle a fait valoir qu'elle n'exerçait plus d'activité lucrative depuis le mois de juillet 2015 pour des raisons médicales et que, contrairement à ce qu'avait retenu l'office AI, son état de santé ne s'était pas amélioré à compter du mois de décembre 2020. Sur le plan psychique, elle a produit un rapport du 4 février 2023 établi par D._____, psychologue FSP, dans lequel celle-ci faisait état d'un trouble anxieux et dépressif mixte à l'origine d'une incapacité totale de travail en toute activité. Même certaines tâches quotidiennes telles que se laver, se peigner, passer l'aspirateur, cuisiner ou faire les courses n'étaient parfois plus possibles, si bien qu'elle devait faire appel à ses deux filles pour l'aider. S'agissant de l'aspect somatique, elle a transmis un rapport rédigé par le Dr P._____ le 8 février 2023. Ce médecin y posait le diagnostic d'arthropathie acromio-claviculaire droite. D'un point de vue assécurologique, il estimait que la capacité de travail était de 50 % dans l'activité de coiffeuse à condition d'éviter des mouvements répétitifs avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale. En revanche, dans une activité adaptée, un taux plus élevé était envisageable moyennant le respect des limitations fonctionnelles décrites. A ce rapport, l'assurée a encore joint une attestation médicale établie le 10 février 2023 par le Dr S._____, dans laquelle il déclarait s'associer à l'appréciation de ses confrères quant à l'incapacité de travail de sa patiente.

b) Par décision du 14 avril 2023, l'assurée a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice avec effet au 10 février 2023.

c) Dans sa réponse du 4 mai 2023, l'office AI s'est référé à l'avis médical de la Dre L._____ du 25 avril 2023. Cette médecin y relevait que les documents médicaux fournis à l'appui du recours ne contenaient aucun élément permettant d'admettre une dégradation de l'état de santé de l'assurée depuis les examens effectués le 20 août 2021 au SMR. Partant, l'office AI a conclu au rejet du recours.

d) L'assurée n'a pas répliqué.

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 litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité au-delà du 31 mars 2021. Se pose singulièrement la question de savoir si son état de santé a connu une amélioration dès le mois de décembre 2020 permettant de réviser le trois-quarts de rente qui lui était alloué depuis le 1^{er} juillet 2020 dans le sens de sa suppression dès le 1^{er} avril 2021.

b) aa) Dans le cadre du développement continu de l'AI, la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20), le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) et la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (modification du 19 juin 2020 ; RO 2021 705 ; FF 2017 2535).

De façon générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération

les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 148 V 21 consid. 5.3).

S'agissant plus spécifiquement du nouveau système des rentes linéaires, entré en vigueur au 1^{er} janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. c) énoncent que pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui avaient au moins 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, l'ancien droit reste applicable. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire (Cir. DT DC AI, chiffre 2002), les rentes d'invalidité des bénéficiaires appartenant au groupe « Droits acquis » (années de naissance de 1957 à 1966) restent dans l'ancien droit et conservent l'échelonnement des fractions obtenues jusqu'à l'extinction de la rente d'invalidité ou jusqu'au moment où une rente de vieillesse lui succède.

bb) Dans le cas présent, la capacité de travail et de gain de la recourante, née en 1965, est diminuée depuis 2015. Aux termes de la décision du 13 janvier 2023, l'office AI a reconnu le droit de l'assurée à un quart de rente d'invalidité du 1^{er} avril au 30 juin 2020 puis à un trois-quarts de rente du 1^{er} juillet 2020 au 31 mars 2021. Sont dès lors applicables les dispositions de la LAI et des ordonnances y relatives dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

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

c) Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la

suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

4. a) Pour 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).

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

5. Dans le cas d'espèce, l'intimé a considéré que, sans atteinte à la santé, la recourante aurait exercé une activité lucrative à 60 % et consacré les 40 % restants aux tâches ménagères.

Selon les déclarations tenues par l'assurée au cours de l'enquête ménagère, elle aurait travaillé en bonne santé entre 80 et 100 %. Le 7 octobre 2019, elle a du reste indiqué que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 80 %. Or l'enquêtrice s'est écartée de ces propos. Dans son rapport du 30 septembre 2022, elle a relevé que le taux de 100 % allégué pour la période comprise entre l'arrivée de la recourante en Suisse et 2006, date de la naissance de sa deuxième fille, ne trouvait pas de confirmation dans les salaires reportés dans l'extrait du compte individuel. En effet, s'agissant des postes de serveuse, ceux-ci renvoyaient plutôt à un taux d'activité irrégulier, tandis que l'activité déployée par la recourante dans le restaurant géré conjointement avec son époux de 1995 à 2001 ne paraissait pas avoir été intégralement déclarée ; quant à l'activité d'ouvrière d'usine exercée entre 2004 et 2006, elle n'avait pas dépassé 50 % au vu des revenus figurant dans l'extrait du compte individuel et des calculs effectués par le service de réadaptation de l'office intimé. Après avoir été mise au bénéfice du revenu d'insertion en 2007, l'assurée a indiqué avoir recherché du travail depuis 2009 auprès de diverses boutiques à un taux compris entre 60 et 80 %, sans toutefois avoir fourni davantage de précisions sur les emplois auxquels elle postulait. En 2017, elle a finalement exercé une activité d'auxiliaire de la petite enfance au taux de 60 % qu'elle a quittée après deux mois, faute d'avoir été en mesure d'assumer les responsabilités qui lui étaient confiées. Au vu de la situation familiale, financière et professionnelle de l'assurée, l'enquêtrice a estimé plausible que, sans atteinte à la santé, cette dernière aurait travaillé à 60 % puisque ce taux correspondait à celui souhaité lors du stage effectué en 2017. La quotité des parts active et ménagère retenue par l'intimé ne prête ainsi pas le flanc à la critique, de

sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir plus en détail. Au demeurant, la recourante ne conteste pas la répartition retenue.

6. a) Aux termes de la décision entreprise, l'office intimé a retenu que la recourante avait présenté une incapacité de travail moyenne de 40 % en toute activité à compter du 18 avril 2019 suivie, dès le mois de février 2020, d'une incapacité de travail totale en raison d'une dégradation de son état de santé. A la suite de l'amélioration de celui-ci en décembre 2020, elle disposait d'une capacité de travail exigible en toute activité. Sur cette base, l'office intimé lui a reconnu le droit à un quart de rente d'invalidité du 1^{er} avril au 30 juin 2020 fondé sur un degré d'invalidité de 40 %, puis à un trois-quarts de rente du 1^{er} juillet 2020 au 31 mars 2021, dite prestation ayant été supprimée trois mois après l'amélioration de son état de santé.

b) La recourante estime qu'aucune amélioration réelle de son état de santé n'a été constatée et, partant, que son incapacité de travail a perduré au-delà du mois de décembre 2020. Il convient dès lors d'examiner sur quelle base l'office AI, après avoir retenu une incapacité totale de travail (pour la part active de 60 %), a considéré que la recourante avait recouvré une capacité de travail et de déterminer si ces éléments sont suffisants pour conclure à une amélioration de la capacité de travail dans la mesure retenue par l'intimé.

7. a) aa) Sur le plan somatique, le Dr P. _____ a, dans son rapport du 4 mai 2020, posé le diagnostic de syndrome cervicobrachial partiellement C6 irritatif gauche. De son côté, le Dr J. _____, médecin examinateur auprès du SMR, a indiqué ne plus avoir retrouvé de syndrome irritatif. Alors que la mobilisation cervicale était indolore, les douleurs présentées par l'assurée étaient trop diffuses pour concorder avec un syndrome radiculaire C6. De plus, elles étaient présentes lors de la palpation en position debout mais ne se manifestaient plus lorsque l'assurée était en decubitus ventral. L'électricité au dos de la main gauche remontant jusqu'à l'épaule déclenchée par la flexion du poignet était aussi atypique.

bb) Les premières investigations à disposition en lien avec la capsulite rétractile de l'épaule gauche datant du 3 février 2020 (échographie de l'épaule gauche), le Dr J._____ en a conclu qu'à partir de cette date, l'assurée avait présenté une incapacité de travail de 100 % en toute activité. Or son état de santé s'était amélioré vers la fin de l'année 2020 au point que le Dr P._____ avait retenu une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle de coiffeuse à condition d'éviter des mouvements répétitifs au-dessus de l'horizontale avec le membre supérieur gauche (rapport du 22 février 2021). Il n'excluait toutefois pas que l'assurée puisse être réadaptée dans une activité adaptée à un taux de 100 %, appréciation qu'il a du reste réitérée dans son rapport du 8 février 2023. A l'instar du Dr P._____, le Dr J._____ a jugé que la capacité de travail exigible sur le plan rhumatologique était déterminée par la tolérance aux contraintes mécaniques de l'épaule gauche dans le cadre d'une atteinte dégénérative.

cc) Dans la mesure où les constatations opérées par les Drs P._____ et J._____ se rejoignent, il convient de confirmer l'amélioration constatée en novembre 2020, ce d'autant qu'hormis l'atteinte à l'épaule, le dossier tel que constitué ne fait pas état d'autres pathologies sur le plan somatique. A cet égard, on peut s'interroger sur l'octroi d'un trois quarts de rente dès le 1^{er} juillet 2020, dès lors que le versement de cette prestation est motivé par une autre affection, ce qui aurait nécessité un nouveau délai d'attente. Point n'est toutefois besoin d'examiner cette question plus avant au vu de l'issue du litige.

b) Sur le plan psychique, le Dr T._____ a relevé que, dans son rapport du 11 octobre 2019, le Dr B._____ avait fixé le début de l'incapacité de travail au 14 juillet 2015, date du début du suivi psychiatrique. Le psychiatre traitant retenait que l'incapacité de travail était totale en toute activité et ce sans modification jusqu'à la date de son rapport, quand bien même il admettait le caractère fluctuant de l'état dépressif. A l'instar de son confrère, le Dr T._____ a estimé que l'incapacité de travail était demeurée inchangée depuis le 14 juillet 2015. En effet, les propos recueillis à l'anamnèse psychiatrique, l'analyse du

contexte psychosocial et de la vie quotidienne montraient qu'il n'y avait pas eu d'évolution significative de celle-ci depuis le début de la prise en charge psychiatrique en 2015. Il en allait de même des relations et activités sociales de l'assurée. Par ailleurs, les troubles anxieux, que cela soit l'anxiété générale ou les attaques de panique avaient peu évolué depuis 2015 (même s'il n'existait plus de trouble panique depuis six semaines). De même, les épisodes obsessionnels et compulsifs évoluaient à raison d'un épisode hebdomadaire depuis 2015. Si le Dr T._____ a ainsi confirmé l'appréciation du Dr B._____ quant à l'absence d'évolution, il se distanciant de l'évaluation du psychiatre traitant concernant le taux d'incapacité de travail en indiquant qu'en 2017, l'atteinte psychique n'avait pas empêché l'assurée d'effectuer une formation d'auxiliaire éducative puis de travailler dans une garderie trois mois entre mars et mai 2017 au taux de 60 %, selon les indications fournies par l'assurée à l'anamnèse. Cela étant, depuis le début de l'année 2021, l'assurée s'était sentie, malgré la persistance des troubles anxieux et des crises d'angoisse aiguë, plus énergique, ce qui l'avait amenée à affronter sa mère et à prendre la décision difficile de faire la paix avec cette dernière, décision qu'elle avait pourtant reportée depuis plusieurs années mais que l'épisode de déréalisation survenu en mai 2021 n'avait toutefois pas altéré pas plus que n'avait été entamée sa volonté de ce qu'elle estimait être son devoir. Malgré une humeur qui s'était normalisée depuis février 2021, l'association des trois troubles psychiatriques qui s'auto-entretenaient ont conduit le Dr T._____ à retenir, sur la base des explications de l'assurée quant à la dernière profession exercée, une incapacité de travail de 40 % depuis le 14 juillet 2015, demeurée inchangée depuis lors.

8. a) La Cour de céans constate toutefois que l'évaluation du Dr T._____ fondée sur les indications fournies par l'intéressée sur cette formation et cet emploi n'est pas convaincante, dès lors que les déclarations de l'assurée manquent singulièrement de cohérence et de précision. Ainsi, dans le cadre de l'examen clinique pratiqué par le Dr T._____ le 20 août 2021, l'assurée a indiqué qu'elle avait entrepris une formation d'auxiliaire éducative en garderie puis qu'elle avait travaillé

trois mois, à un taux de 60 % auprès de la garderie F._____ à Z._____ en 2017 ou 2018 et qu'elle n'avait plus exercé d'activité professionnelle depuis lors. Durant l'examen clinique effectué par Dr J._____ le même jour que celui de son confrère psychiatre, elle a déclaré qu'elle ne se souvenait plus de l'année exacte mais qu'elle pensait que cela se situait vers 2018. Il s'agissait d'un stage organisé par les services sociaux à la garderie de Z._____ à un taux d'environ 60 % pour des enfants âgés de 0 à 4 ans et demi ; elle distribuait les repas, changeait les langes, nourrissait les bébés et effectuait différentes activités avec les plus grands : promenades, danses, lecture. Auparavant, dans le cadre de la procédure de détection précoce, l'assurée avait déclaré qu'elle avait suivi « *aux alentours de l'année 2014 une formation d'auxiliaire éducative et [que] son dernier emploi était en tant que telle au sein de la garderie F._____ à Z._____. Elle y aurait travaillé quelques mois à raison d'un taux d'activité de 30 à 40 %* » (rapport initial du 5 août 2019). Quant à l'enquêtrice (rapport du 30 septembre 2022, p. 3), elle a rapporté les déclarations de l'assurée, selon lesquelles elle aurait « *trouvé seule une place comme auxiliaire éducative à 60 % en 2017* » mais qu'elle avait « *démissionné après deux mois à cause de son incapacité d'assumer la responsabilité de s'occuper des enfants* ». Elle a aussi expliqué que le taux de 60 % correspondait au taux qu'elle recherchait « *pour pouvoir s'occuper de sa fille aînée, qui avait des thérapies et des colloques hebdomadaires à l'école (trouble de l'attention)* ».

b) La Cour de céans constate que seul figure au dossier un extrait du 2 septembre 2019 du compte individuel de l'assurée, lequel fait mention d'une activité lucrative de mars à mai 2017 auprès de G._____ à M._____ pour un montant total de 1'200 francs. Toutefois, on ne sait pas à quel taux précis l'assurée a œuvré pour cette garderie, quel était son taux d'absentéisme, le type de contrat (contrat de durée déterminée ou indéterminée) et d'engagement (stage, formation), le cahier des charges, pour quels motifs cet emploi n'a pas perduré au-delà du mois de mai 2017 et si cet emploi pouvait être assimilé à une activité adaptée. Dans le cadre de l'enquête économique sur le ménage, la recourante a en effet indiqué avoir quitté ce stage car elle ne pouvait plus en assumer la

responsabilité. Ces éléments sont indispensables, dès lors que toute l'analyse du Dr T. _____ s'est focalisée sur cette activité « en 2017 » pour procéder à l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'intéressée dans une activité adaptée dès le 14 juillet 2015.

c) En l'état actuel du dossier, l'intimé ne pouvait sans autres investigations se référer à l'appréciation du Dr T. _____ et considérer que « *pendant plusieurs mois, l'assurée a effectué un travail d'auxiliaire éducative auprès de très jeunes enfants, ce qui montre des capacités à gérer son anxiété, même en face d'un public difficile* » (fiche d'examen du droit à la rente du 18 octobre 2022). En définitive, faute d'éléments prouvant cette hypothèse, l'intimé devait procéder à une instruction complémentaire du dossier en sollicitant tout d'abord des informations auprès du Centre social régional compétent, lequel semble avoir accompagné l'assurée dans ce processus de formation et de réintégration dans le monde professionnel, puis directement auprès de la garderie F. _____.

9. a) 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).

b) En l'occurrence, il y a lieu de constater que, au vu des pièces versées au dossier, il existe des doutes quant à la fiabilité des constatations effectuées par le Dr T. _____ et que, en raison des lacunes de l'instruction, les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière

probante. Par conséquent, il convient d'admettre que l'examen clinique effectué au SMR, sur lequel la décision attaquée se fonde, est lacunaire s'agissant du parcours professionnel de la recourante.

c) Sur le vu de ce qui précède, il convient d'ordonner le renvoi de la cause à l'office AI - 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 la plus opportune afin de procéder à un complément d'instruction au sens des considérants. Le cas échéant, il incombera à l'intimé de procéder à une nouvelle évaluation médicale puis de statuer sur les prétentions de la recourante.

d) L'instruction étant incomplète, avec pour corollaire le renvoi de la cause à l'intimé, il s'avère superflu de discuter des griefs formulés par la recourante quant à l'absence d'amélioration de son état de santé.

10. En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis. La décision litigieuse du 13 janvier 2023 est par conséquent annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

11. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, la partie recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 13 janvier 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Mme C. _____,
- 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).

Le greffier :