

VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 559 vom 4. Oktober 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-10-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2022__559

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 559 du 4 octobre 2022

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 559 del 4 ottobre 2022

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE | 28 LAI, 4 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 4

à 6 mois. " Du 5 janvier au 30 juin 2015, l'assurée a bénéficié d'un entraînement à l'endurance auprès de la Fondation S. _____, sous l'égide de l'OAI (communications des 19 janvier et 6 mai 2015). A l'issue de cette mesure, le taux horaire de l'assurée correspondait à un 50 % et le rendement était estimé à 40 %, probablement en raison des douleurs (rapport intermédiaire du 10 juillet 2015). Un entraînement progressif a ensuite été mis en œuvre dès le 1^{er} juillet 2015 auprès de la même institution, avec un terme prévu au 30 septembre 2015 (communication du 30 juin 2015). L'assurée a toutefois été hospitalisée à la fin du mois de septembre 2015 avant d'être opérée pour une hernie discale le 12 octobre 2015 par le Dr F. _____, médecin associé au Service de neurochirurgie du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier Z. _____). Dans l'intervalle, au cours d'un entretien téléphonique du 28 septembre 2015, un intervenant de la Fondation S. _____ a fait savoir à l'OAI que l'assurée avait atteint avec énormément d'effort et de volonté un taux de présence de 50 % dans le cadre de la mesure d'entraînement progressif mais que ce taux demeurait fragile et incertain, une augmentation paraissant peu probable. Consignant ces éléments dans un rapport intermédiaire du 22 décembre 2015, le Service de réadaptation de l'OAI a conséquemment mis fin à son intervention. Dans un compte-rendu du 23 janvier 2016, le Dr X. _____ a considéré que l'évolution était défavorable depuis son précédent rapport, eu égard à l'opération du 12 octobre 2015 pour une hernie discale L4-L5 gauche avec déficit « s-m » au niveau du pied gauche. En annexe, il a notamment joint un rapport du 17 novembre 2015 des Drs P. _____ et W. _____, respectivement chef de clinique et médecin assistante au Service de neurochirurgie du Centre hospitalier Z. _____, faisant état d'une évolution clinique postopératoire favorable mais comportant dans la marge la mention manuscrite « NON !!! ». Par rapport du 15 février 2016, la Dre Q. _____ a notamment fait état d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, et a signalé une évolution stationnaire. La capacité de travail était évaluée entre 10 et 20 % dans l'activité habituelle et à 50 % depuis le mois de novembre 2015 dans une activité adaptée, avec des limitations fonctionnelles au niveau de la concentration, de la mémoire à court terme, de l'adaptation, de l'autonomie d'anticipation dans le travail, du rendement et de la gestion du stress. Aux termes d'un rapport du 26 février 2016, la Dre W. _____ a relevé la persistance de douleurs au niveau de la jambe gauche nécessitant un traitement antalgique. Dans un rapport du 9 juin 2016, la Dre Q. _____ a exposé que l'état de santé de sa patiente restait stationnaire et

que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, respectivement de 50 % dans une activité adaptée depuis le mois de novembre 2015. Elle a en outre renvoyé aux limitations fonctionnelles précédemment définies, auxquelles s'ajoutaient des difficultés neurologiques à la jambe gauche suite à l'opération du mois d'octobre 2015. En date du 5 juillet 2016, l'OAI a indexé un rapport établi le 1^{er} février 2016 par le Dr F._____, indiquant que la patiente relatait une nette diminution de la symptomatologie nonobstant la persistance de quelques douleurs dans la jambe gauche nécessitant la prise d'environ deux comprimés de Dafalgan® par semaine. A la suite d'un avis médical du 4 août 2016 établi par le Dr V._____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), l'OAI a mandaté experts les Drs A._____, spécialiste en rhumatologie, et B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Après avoir examiné l'assurée le 30 avril 2018, l'expert B._____ a fait part de ses conclusions dans un rapport du 13 août suivant. Dans ce contexte, il a notamment relevé que l'assurée travaillait depuis une année auprès de la Fondation [...] [recte : Fondation [...]], six à huit heures par semaine, et que, si l'intéressée avait abusé de l'alcool dans le cadre d'une relation sentimentale plusieurs années auparavant, elle ne consommait actuellement ni alcool, ni drogue. Pour le surplus, l'expert B._____ a notamment exposé ce qui suit :

E. 6

Diagnosics Au cours de l'entretien, je n'ai pas pu trouver de signes ou symptômes d'une maladie addictive, par ailleurs les enzymes hépatiques sont dans la norme ainsi que la CDT, et l'expertisée était abstinente au moment de l'entretien. Signalons que cette expertisée a été examinée en 2013 et le diagnostic de F33.21 a été posé. Toutefois, au moment de l'entretien, je n'ai pas trouvé de signes et symptômes d'un trouble dépressif. Nous pouvons donc retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4). Je retiens également le diagnostic Z73 retenu par l'expert psychiatre en 2013, il n'y a pas de véritable trouble de la personnalité chez cette expertisée.

E. 6.1

Diagnosics avec répercussion sur la capacité de travail : Ø Syndrome cervicobrachial récurrent, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire - discopathie C6 - status post discectomie, foraminotomie et pose d'une cage en C6-C7 le 07.05.2018 Ø Lombopyalgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif mais déficitaire séquellaire en S1 - status post cure de hernie discale L4-L5 G le 12.10.2015

E. 6.2

Diagnosics sans répercussion sur la capacité de travail : Ø Omalgies bilatérales sans signe de conflit ou de tendinopathie Ø Gonalgies sans signe méniscal ou tendineux. [...] 7
EVALUATION MEDICALE ET MEDICO-ASSURANTIELLE

E. 7

Évaluation médicale et médico-assurantielle

E. 7.1

Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de la personne assurée (personnalité, ressources, soutien reçu, difficultés rencontrées dans l'environnement social) Les ressources de l'assurée paraissent être bonne, cependant, on assiste depuis l'arrêt de travail de longue durée en 2013, [à] une tendance à être recluse chez elle, ne côtoyant que peu d'amis. Elle signale cependant une activité d'accompagnatrice dans le cadre d'une

association [...] [sic] pour personnes âgées, ce qui dénote par là un désir de sortir de son milieu de vie. Il n'y a que peu de soutien reçu pour ses activités de la vie quotidienne, vu qu'elle arrive à les assumer de manière quasi-totale.

E. 7.2

Evaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation etc, discussion des chances de guérison. a. Avis sur le déroulement de la thérapie La personne assurée bénéficie d'une prise en charge régulière en physiothérapie et ce jusqu'à ce jour, elle prend sa médication de manière régulière. b. Indication des motifs d'interruption des interventions : Il n'y a pas eu d'interruption des interventions, celles-ci étant en cours sous forme d'une prise en charge physiothérapeutique, ergothérapeutique et psychothérapeutique. c. Problème de coopération lié à la maladie ou à un manque de ressource de l'assuré Il n'y a pas eu de problème de coopération. d. Traitements antérieurs Les traitements effectués ont été adéquats. Actuellement, il n'y a pas de signe parlant en faveur d'une récurrence suite aux approches chirurgicales discales lombaire en 2015 et cervicale en 2018, seule une hypoesthésie séquellaire au niveau de la jambe G compatible avec le territoire S1 est à noter. [...] e. Evolution vraisemblable de la maladie En ce qui concerne l'aspect rhumatologique, l'assurée est à six semaines d'un acte chirurgical cervical qui actuellement n'est pas totalement stabilisé, la récupération devrait atteindre son plein d'ici deux mois. En ce qui concerne les douleurs lombaires, on assiste à une chronicisation de la symptomatologie douloureuse, et ce, dans un probable déconditionnement physique global, cependant qui reste modéré. [...]

E. 7.3

Evaluation de la cohérence et de la plausibilité On assiste à une limitation uniforme des activités dans tous les domaines comparables de la vie. a. Cohérence et plausibilité : Du point de vue rhumatologique, il n'y a pas d'amyotrophie, de trouble sensitivomoteur, la personne assurée se meut, s'habille et se déshabille de manière fluide, elle est capable de rester assise sans opter de position antalgique et ce, durant tout l'entretien. Dès lors, du point de vue rhumatologique, on note une certaine discordance entre les plaintes de la personne assurée et l'impotence fonctionnelle qu'elle décrit dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle dans les examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'à ce jour. Hormis le status post opératoire de mai 2018, qui justifie une réhabilitation durant encore deux mois, le socle somatique ne permet pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et surtout de l'impotence fonctionnelle que l'assurée décrit dans sa vie quotidienne ou son activité professionnelle. b. Appréciation des éventuelles informations divergentes ressortant du dossier Il n'y a pas à proprement parler de divergence ressortant du dossier à mettre en évidence.

E. 7.4

Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés a. Présentations des troubles fonctionnels : Les limitations fonctionnelles sont les ports de charges en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5 à 10kg de manière répétitive et les mouvements de la nuque en extension et flexion répétitive, ou immobile devant un écran. [...]

E. 8

Réponses aux questions du mandant

E. 8.1

Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici La capacité de travail est de 100%.

E. 8.2

Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assurée La capacité de travail est de 100%. [...]

E. 8.4

Questions spécifiques de l'Office AI se rapportant au cas précis - Depuis quelle date précisément notre assurée présente-t-elle une incapacité de travail durable dans son activité habituelle ? L'incapacité de travail a été signalée par l'expert [...] [recte : D. _____] depuis 2013 avec une évolution favorable et nous pouvons considérer que depuis 2015, du point de vue psychiatrique, l'expertisée est capable de travailler. " A la suite d'un examen le 25 juin 2018, l'expert A. _____ a fait part de ses conclusions dans un rapport du 25 juillet 2018. Dans ce contexte, il est notamment apparu qu'une discectomie C6-C7 et foraminectomie C6-C7 bilatérale avec mise en place d'une cage intersomatique avait été réalisée le 7 mai 2018 par le Dr U. _____ et que l'évolution postopératoire était caractérisée par une amélioration des douleurs et de la force au niveau du membre supérieur gauche, avec persistance de nuchalgies. Pour le surplus, l'expert A. _____ a notamment retenu ce qui suit : " 6 DIAGNOSTICS

E. 9

REPONSES AUX QUESTIONS DU MANDANT

E. 9.1

Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici a. Combien d'heures de présence la personne assurée peut-elle assumer dans l'activité exercée en dernier lieu ? Un nombre d'heures équivalent au pourcentage décrit au point 8.1.c [sic]. b. Sa performance est-elle également réduite durant ce temps de présence ? Dans son activité professionnelle antérieure du point de vue rhumatologique, la personne assurée ne devrait pas présenter de diminution de performance de plus de 10% c. Evaluation du pourcentage de la capacité de travail par rapport à un emploi de 100% Les différents diagnostics ayant des incidences sur la capacité fonctionnelle impliquent que son exigibilité, du point de vue purement rhumatologique concernant son activité professionnelle antérieure de gérante et de serveuse dans une cafeteria de la R. _____, estimant qu'elle doit effectuer des ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier et opter des positions debout immobile prolongées, sa capacité de travail est estimée à 60%, ce d'autant plus qu'il n'y a pas de complications significatives post opératoires, tant cervicales que lombaires, hormis l'hypoesthésie possiblement séquellaire post opératoire de 2015. d. Comment cette capacité de travail évoluera-t-elle au fil du temps ? Normalement du point de vue somatique, la capacité de travail devrait bien évoluer.

E. 9.2

Capacité de travail correspondant aux aptitudes de l'assuré a. Quelles devraient être les caractéristiques d'une activité adaptée de manière optimale au handicap de la personne assurée ? Les caractéristiques sont une activité respectant : - les ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5-10kg de manière répétitive. - les mouvements répétitifs de flexion-extension de la colonne cervicale. b. Quel serait le temps de présence maximale possible dans cette activité ? Le temps en heure et jour est en relation avec le taux de capacité décrit au point 8.2.3 [sic]. c. Sa performance est-elle également

réduite durant ce temps de présence ? Dans son activité professionnelle antérieure du point de vue rhumatologique, la personne assurée ne devrait pas présenter de diminution de performance de plus de 10%. d. Evaluation du pourcentage de la capacité de travail par rapport à un emploi de 100% dans une activité adaptée. Les différents diagnostics ayant des incidences sur la capacité fonctionnelle impliquent que son exigibilité, du point de vue purement rhumatologique dans une activité respectant les limitations fonctionnelles pré-décrites est estimée à 100%. [...] [9].4 Questions spécifiques de l'Office AI se rapportant au cas précis. a. Les troubles fonctionnels sont-ils plausibles du point de vue médical ? Les troubles fonctionnels sont plausibles du point de vue médical, cependant le socle somatique ne permet pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie et de son impotence fonctionnelle. " Quant à l'appréciation consensuelle des experts B._____ et A._____, intégrée au rapport précité de l'expert rhumatologue, elle avait la teneur suivante : "

E. 10

EVALUATION CONSENSUELLE POUR LES EXPERTISES BIDISCIPLINAIRES 1.

Evaluation médicale interdisciplinaire avec : - résumé de l'évolution de la maladie (sans anamnèse ni citation des expertises) - une explication/motivation des diagnostics actuels Le résumé est bien décrit au point 7.1 et 7.2. 2. Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail : Les diagnostics d'éléments pertinents ayant incidence sur la capacité de travail sont bien décrits au point 6.1 et 6.2. 3. Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles Les diagnostics d'éléments ayant incidence sur la capacité de travail sont bien décrits au point 6.1 et 6.2. 4 Evaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence Se référer à l'expertise psychiatrique. 5. Evaluation des ressources et des facteurs de surcharge Environnement social : l'environnement social est peu étayé : la personne assurée arrivant à effectuer ses activités de la vie quotidienne et ménagère. La situation semble avoir tendance à se cristalliser au niveau lombaire. 6. Contrôle de cohérence L'évaluation du contrôle de cohérence est bien décrite au point 7.3. 7. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici Du point de vue bidisciplinaire : après discussion avec le Dr B._____, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans son activité habituelle et antérieure est estimée à 60% probablement à augmenter d'ici 2 mois. En effet, en l'absence d'une atteinte à la santé handicapante du point de vue psychiatrique, cette personne assurée est capable de travailler à 100% (cf. expertise du Dr B._____). 8. Capacité de travail dans une activité adaptée Du point de vue bidisciplinaire : après discussion avec le Dr B._____, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans une activité adaptée est estimée à 100%. En effet, en l'absence d'une atteinte à la santé handicapante du point de vue psychiatrique, cette personne assurée est capable de travailler à 100% (cf. expertise du Dr B._____). " Par rapport du 15 novembre 2018, le Dr V._____ s'est rallié aux conclusions des experts B._____ et A._____. Il a plus particulièrement fixé le début de l'incapacité de travail durable au 3 août 2013 et a considéré que la capacité de travail avait ensuite varié dans la mesure suivante : « La CTAH serait de 50% depuis, puis nulle dès l'aggravation de sept. 15 [...], 50% à max., 6 mois en post op., soit dès le 01.05.16, 0% dès le 07.05.18 [...], 60% dès le 07.07.18 [...] ; dans une AA, la CT serait de 50%, sauf période de sept. 15 à mai 16 [...], puis 100% dès 01.05.16, 0% dès le 07.05.18, 100% dès le 07.07.18 ». Le 18 mai 2020, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens de l'octroi d'une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} août 2014 au 31 décembre 2015, suivie

d'une rente entière pour la période du 1^{er} janvier au 31 juillet 2016 puis d'une demi-rente pour la période du 1^{er} août 2016 au 31 octobre 2018. Dans sa motivation, l'office a retenu que l'intéressée avait présenté une diminution de sa capacité de travail depuis le 5 août 2013 et que, à l'échéance du délai de carence d'une année, elle présentait une capacité de travail et de gain de 50 % ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} août 2014. L'OAI a ensuite reconnu à l'assurée une capacité de travail nulle à partir du 12 octobre 2016 puis de 50 % dès le 1^{er} mai 2016, ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2016 puis à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2016. Quant à l'incapacité de travail totale survenue du 7 mai au 6 juillet 2018, elle n'avait pas d'incidence puisqu'inférieure à trois mois. Enfin, l'office a retenu que depuis le 7 juillet 2018, l'assurée était en mesure d'exercer son activité antérieure à 60 % et qu'elle disposait en outre d'une pleine capacité de travail dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles. Cela étant, comparant le revenu que l'intéressée aurait pu réaliser en bonne santé en 2018 (57'871 fr. 37) au revenu auquel elle pourrait prétendre dans une activité adaptée à son atteinte à la santé (55'073 fr. 45), l'OAI en a déduit un taux d'invalidité de 4,83 %. Un tel taux n'ouvrant plus le droit à une rente d'invalidité, il y avait donc lieu de mettre un terme au versement de la demi-rente d'invalidité avec effet au 31 octobre 2018. Le même jour, l'OAI a accordé à l'assurée une aide au placement. L'assurée y renoncera toutefois ultérieurement, estimant ne pas être en mesure de reprendre une activité lucrative (procès-verbal d'entretien téléphonique et communication du 30 septembre 2020). Par courrier du 24 juin 2020, l'assurée a fait part de ses objections à l'encontre du projet de décision précité, invoquant des informations insuffisantes quant à l'intervention pratiquée en mai 2017 [recte : 2018] par le Dr U._____. Par correspondance du 30 juin 2020, l'OAI a fait savoir à l'assurée que tous les éléments médicaux avaient été pris en compte lors de l'expertise rhumatologique effectuée le 25 juin 2018. Par décision du 21 août 2020, l'OAI a confirmé son projet susdit et fixé le montant des rentes pour la période du 1^{er} août 2014 au 31 octobre 2018. B. Agissant désormais par l'entremise de son conseil, K._____ a recouru le 21 septembre 2020 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à l'annulation [recte : réforme] de cette décision et au versement des prestations légales, subsidiairement à l'annulation de ladite décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants puis nouvelle décision. A titre liminaire, la recourante a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Sur le fond, l'intéressée a argué que les experts B._____ et A._____ surestimaient sa capacité de travail, qui atteignait tout au plus 50 % à la lumière des mesures de réadaptation mises en œuvre par l'OAI et des avis émis par ses médecins traitants. Par ailleurs, la recourante a relevé que l'expert rhumatologue avait retenu une baisse de rendement de 10 % dans une activité adaptée et que, compte tenu de cette diminution et d'une déduction supplémentaire de 10 % sur le revenu d'invalidité en lien avec ses limitations fonctionnelles, son âge et ses années de service, son taux d'invalidité était supérieur à 20 % et lui permettait de prétendre à un reclassement. Par décision du 24 septembre 2020, la juge instructrice a mis la recourante au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice et l'a exonérée de toute franchise mensuelle. Dans sa réponse du 23 octobre 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'OAI a pour l'essentiel considéré qu'il y avait lieu de s'en tenir aux conclusions des experts B._____ et A._____, étant souligné que ces experts ne mentionnaient aucune diminution de rendement dans une activité respectant les limitations fonctionnelles exercée à plein temps.

Par réplique du 7 avril 2021, la recourante s'est référée à un rapport de la Dre Q. _____ du 12 mars 2021. Aux termes de ce rapport, la psychiatre traitante relevait que sa patiente avait présenté depuis 2018 des épisodes légers à moyens de son trouble dépressif récurrent, trouble auquel s'ajoutait une utilisation continue d'alcool néfaste pour la santé en aggravation depuis 2018, ainsi que des traits de personnalité mixte avec des composantes évitantes, paranoïaques et anxieuses. Ces deux derniers diagnostics entretenaient, chacun à leur manière, le trouble dépressif – l'alcool comme substance dépressogène et les traits de personnalité en créant des interactions sociales délétères. Le tableau psychique était de surcroît impacté par des douleurs physiques dues à des névralgies. Cela étant, la Dre Q. _____ estimait que la capacité de travail était nulle dans les activités de vendeuse ou restauratrice, caractérisées par une pression de rendement et un contact avec la clientèle. Elle relevait par ailleurs que l'intéressée travaillait à un taux de 30 % pour la Fondation [...] et que cette activité était adaptée puisque dépourvue de contrainte liée au rendement ou au stress. La Dre Q. _____ précisait encore que son appréciation était partagée par le Dr X. _____ et que les plaintes de l'assurée s'exprimaient tant dans sa vie professionnelle que privée. Dupliquant le 28 avril 2021, l'intimé a maintenu sa position et renvoyé à un avis médical 15 avril 2021 du Dr Y. _____, du SMR. Ce dernier médecin y exposait que l'assurée n'apportait aucun élément nouveau sous l'angle somatique, que les variations thymiques relevées par la psychiatre traitante étaient déjà connues lors de l'expertise et n'étaient du reste ni précisées ni argumentées, et que les traits de personnalité mentionnés par la Dre Q. _____ avaient été examinés par l'expert mais sous une autre catégorie, étant ajouté que rien au dossier n'évoquait une décompensation de ces traits qui étaient, par définition, non incapacitants. Pour le Dr Y. _____, la seule modification notable était une consommation continue d'alcool péjorée depuis 2018 mais la psychiatre traitante n'apportait pas d'indication quant aux marqueurs biologiques et ne donnait aucun élément sur le type de consommation, son intensité et ses conséquences, ainsi que sur les éventuelles limitations fonctionnelles induites. Le 2 septembre 2021, la recourante a produit un rapport non daté de la Dre Q. _____ expliquant que l'assurée présentait une consommation quasi quotidienne d'alcool à hauteur de trois à quatre verres de vin par jour avec parfois également consommation d'alcool fort ; cette consommation pouvait se péjorer lorsque l'intéressée était confrontée à des stress de la vie quotidienne. La psychiatre traitante relevait également que si la consommation d'alcool n'avait pas entraîné d'hospitalisation et n'induisait pas de limitations fonctionnelles, elle était toutefois probablement à l'origine de tremblements des membres supérieurs. Le 11 novembre 2021, la recourante a versé au dossier des résultats d'analyses sanguines adressés le 16 juin 2021 au Dr X. _____. Prenant position le 2 décembre 2021, l'intimé a confirmé son appréciation sur la base d'un avis médical SMR établi le 17 novembre 2021 par le Dr Y. _____. Ce dernier y relevait que la preuve de la consommation excessive d'alcool n'était pas apportée sur le plan biologique et que, si la consommation était quasi quotidienne, cela impliquait que l'assurée ne buvait pas certains jours. Une dépendance à l'alcool était par conséquent exclue, étant par ailleurs souligné qu'aucune limitation fonctionnelle en lien avec la consommation d'alcool n'était rapportée. Toujours le 2 décembre 2021, la recourante a personnellement adressé un écrit à la juridiction de céans, soulignant ses douleurs dorsales et ses problèmes à la jambe gauche et relevant parvenir à gérer sa consommation d'alcool qui constituait néanmoins son échappatoire « les jours de déprime et de grande colère ». Par écriture du 5 janvier 2022, la recourante a contesté l'avis SMR du 17 novembre 2021, renvoyant à un rapport établi le 22 décembre 2021 par la Dre Q. _____. Aux termes de ce compte-rendu,

la psychiatre traitante soulignait que les tests hépatiques de sa patiente étaient certes dans la norme mais qu'il n'en demeurait pas moins que l'intéressée souffrait d'une dépendance à l'alcool depuis de nombreuses années et que cette addiction chronique était à l'origine de pertes tant professionnelles (fermeture d'un bar-café, licenciement d'un poste de vendeuse responsable) que physiques et mentales (dépression, anxiété). En outre, la normalité de ses marqueurs biologiques témoignait simplement d'un système hépatique résistant et non d'une absence de consommation d'alcool délétère pour la santé. Se déterminant le 26 janvier 2022, l'intimé a maintenu sa position. Le 31 janvier 2022, la recourante a personnellement écrit à la juridiction cantonale pour relever que même si son organisme gardait très peu de traces d'alcool, elle avait régulièrement besoin d'en boire pour oublier toutes ses douleurs.

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) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). b) En l'occurrence, est litigieux le bien-fondé de la décision d'octroi de rente limitée dans le temps rendue par l'OAI le 21 août 2020. L'argumentation de la recourante montre, de manière implicite, que celle-ci conteste plus précisément la suppression de toute prestation au 31 octobre 2018. Quant aux arguments de l'intéressée portant sur un éventuel droit au reclassement professionnel, ils ne sont pas recevables puisqu'extrinsèques à l'objet de la contestation tel que défini par la décision attaquée. 3. Diverses modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022, dans le cadre du projet de révision « développement continu de l'AI » (modification du 19 juin 2020 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [RO 2021 705] ; modification du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité [RO 2021 706]). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste applicable en l'espèce compte tenu de la date de la décision litigieuse, rendue le 21 août 2020 (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). 4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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. 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). 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 (art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021).

b) Les règles et principes jurisprudentiels relatifs à la révision du droit à une rente d'invalidité, au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, sont applicables lorsque la décision de l'assurance-invalidité accordant une rente avec effet rétroactif prévoit en même temps la suppression ou la modification de cette rente, respectivement octroie une rente pour une durée limitée (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; TF 9C_244/2020 du 5 janvier 2021 consid. 2.2). L'art. 17 al. 1 LPGA prévoit que 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). Lors de l'octroi d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps, le moment déterminant pour effectuer la comparaison est, d'une part, le moment du début du droit à la rente et, d'autre part, celui de la diminution ou de la suppression de la rente en application du délai de trois mois prévu à l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité RS 831.201) (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3068 et les références citées ; TF 9C_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1 et les références citées).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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 de l'anamnèse, que la

description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C_453/2017 & 9C_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). c) Tant les affections psychosomatiques (ATF 141 V 281) que les affections psychiques (ATF 143 V 418) et les syndromes de dépendance (ATF 145 V 215) doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée. La preuve d'un tel trouble suppose, en premier lieu, un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit être analysé 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. 3.6 et 4.1.1). Le premier groupe d'indicateurs a trait à l'examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, au travers du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du déroulement et de l'issue (succès, résistance, échec) d'un traitement conduit dans les règles de l'art ou d'une réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social – étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3). Le second groupe d'indicateurs porte sur l'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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2). 6. En l'occurrence, la recourante conteste les conclusions des experts B._____ et A._____ mandatés en 2018 par l'OAI, leur opposant l'appréciation de ses médecins traitants et les constatations faites à l'issue des mesures de réadaptation mises en œuvre par l'OAI. a) A titre liminaire, il y a lieu de souligner que même si les griefs de la recourante portent essentiellement sur la suppression de toute rente au 31 octobre 2018 (cf. consid. 2b supra), il demeure que lorsque l'autorité alloue rétroactivement une rente d'invalidité dégressive ou temporaire et que seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer sur des périodes au sujet desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d, confirmé in ATF 131 V 164 consid. 2.3.3 et 135 V 141 consid. 1.4.4). En l'espèce, il appert que pour la période antérieure au 31 octobre 2018, l'évaluation rétroactive faite par le Dr V._____ à l'issue de l'expertise bidisciplinaire susdite (cf. rapport du 15 novembre 2018) tient

essentiellement compte d'incapacités de travail induites par la problématique somatique, sans égard à la composante psychique pourtant jugée pleinement invalidante aux termes de l'expertise psychiatrique réalisée à la fin de l'année 2014 par le Dr D._____. Sous cet angle déjà, la position de l'intimé est donc sujette à caution. b) Sur le plan somatique, l'expert A._____ a posé les diagnostics incapacitants de syndrome cervicobrachial récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire sur discopathie C6 et status post discectomie, foraminotomie et pose d'une cage en C6-C7 le 7 mai 2018, ainsi que de lombopygialgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif mais déficitaire séquellaire en S1 sur status post cure de hernie discale L4-L5 gauche le 12 octobre 2015 (cf. rapport d'expertise du 25 juillet 2018 p. 12). Tenant compte de l'intervention pratiquée en mai 2018, l'expert a évalué la capacité de travail dans l'activité antérieure à 60 %, susceptible de bien évoluer « [n]ormalement du point de vue somatique », et a évoqué une diminution de performance ne dépassant pas 10 % (cf. ibid. p. 16). L'expert A._____ a en outre estimé que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (évitant les ports de charges de plus de 5 à 10 kg en porte-à-faux avec long bras de levier de manière répétitive, ainsi que les mouvements répétitifs de flexion-extension de la colonne cervicale), la capacité de travail atteignait 100 %, évoquant là encore une diminution de performance de 10 % « [d]ans [l']activité professionnelle antérieure » (cf. rapport d'expertise du 25 juillet 2018 p. 16). Rien n'incite à s'écarter des diagnostics incapacitants retenus par l'expert A._____. Ceux-ci s'inscrivent, en effet, dans la continuité des troubles somatiques précédemment observés par les différents médecins intervenus – dont l'expert M._____ en décembre 2014 – et qui ont mené aux interventions pratiquées le 12 octobre 2015 par le Dr F._____ et le 7 mai 2018 par le Dr U._____. Il n'est du reste pas contesté que, malgré ces interventions chirurgicales, une symptomatologie douloureuse persiste. Or si l'expert A._____ a retenu que la chronicisation des douleurs lombaires s'inscrivait dans le contexte d'un probable déconditionnement modéré (cf. rapport d'expertise du 25 juillet 2018 p. 13), il a par ailleurs souligné que le socle somatique ne permettait pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie et de l'impotence fonctionnelle décrites par l'assurée (cf. ibid. p. 14 et 17). Au final, on peine donc à comprendre si les douleurs – notamment lombaires – doivent être mises sur le compte d'un déconditionnement physique, auquel il pourrait être remédié à l'issue d'une période de transition, ou si au contraire elles relèvent d'une problématique autre que somatique. Sous cet angle, les conclusions de l'expert A._____ manquent donc de clarté. A cela s'ajoute que la Cour de céans ne saurait être convaincue par l'évaluation de la capacité de travail effectuée par l'expert. D'une part, s'agissant de la capacité de travail dans l'activité antérieure, l'expert A._____ se contente de présumer une évolution positive au-delà de 60 %, mais sans indiquer clairement dans quelles conditions et jusqu'à quel taux. D'autre part et surtout, les conclusions de l'expert apparaissent manifestement erronées en tant qu'elles associent la pleine exigibilité d'une activité adaptée à une diminution de performance de 10 % dans l'activité habituelle. Compte tenu des lacunes ainsi mises en évidence, la valeur probante de l'appréciation rhumatologique émise par le Dr A._____ ne peut qu'être relativisée. c) Sous l'angle psychiatrique, il convient tout d'abord de s'arrêter sur les diagnostics retenus par l'expert B._____. Ce dernier a en premier lieu signalé un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (cf. rapport d'expertise du 13 août 2018 p. 13). En tant que telle, l'existence d'un trouble dépressif avait déjà été relevée en amont, notamment par la Dre Q._____ et l'expert D._____. Si l'expert B._____ a estimé que ledit trouble se trouvait en phase de rémission faute de signes ou symptômes au moment de l'entretien (cf.

ibid. loc. cit.), il reste que les constatations y relatives tirées de son examen (cf. ibid. p. 11 s.) incitent à la réserve. L'expert B. _____ a en effet retenu que l'assurée ne présentait ni tristesse, ni angoisses, ni idées noires (cf. ibid. p. 12). Néanmoins, dans le cadre des informations fournies spontanément par l'assurée, l'expert a indiqué que cette dernière se disait triste, angoissée et ayant des idées noires (cf. ibid. p. 8). On peine dès lors à comprendre que ces apparentes divergences n'aient pas été discutées par l'expert, le cas échéant à la lumière de tests psychométriques usuellement pratiqués dans un contexte de trouble dépressif (par exemple échelle de Hamilton ou échelle M.A.D.R.S.). A cela s'ajoute que l'expert B. _____ a plus particulièrement retenu des traits d'un trouble dépressif (cf. ibid. p. 13) mais que la référence à de tels « traits » s'inscrit généralement dans le cadre de l'étude de la personnalité d'un sujet et non dans l'analyse de troubles du registre thymique. En second lieu, l'expert B. _____ a laconiquement confirmé le diagnostic « Z73 » retenu par l'expert D. _____ en 2014, sans proposer la moindre description des traits de personnalité pathologiques retrouvés chez l'assurée. Bien plus, en se contentant de réfuter catégoriquement tout trouble avéré de la personnalité, l'expert B. _____ s'est abstenu de prendre position sur la problématique développée quatre ans plus tôt par l'expert D. _____ – à savoir que les critères diagnostiques d'un trouble de la personnalité semblaient bien remplis mais que, un tel diagnostic ne pouvant être posé à l'issue d'un seul entretien, seuls pouvaient être retenus des traits de personnalité immatures, évitants et schizoïdes accentués (cf. rapport d'expertise du 17 décembre 2014 p. 8). Il découle de ces éléments que, sur le plan des diagnostics strictement psychiatriques, l'évaluation de l'expert B. _____ comporte des lacunes et ne peut être suivie. A cela s'ajoute que les conclusions de l'expert B. _____ sont également lacunaires sous l'angle de la grille d'indicateurs définie à l'ATF 141 V 281 et ne permettent pas de procéder à une évaluation satisfaisante des ressources résiduelles de la recourante. En particulier, s'agissant des indicateurs relatifs au degré de gravité fonctionnel, l'expert n'a pas détaillé en quoi les atteintes retenues se manifestaient concrètement, pas plus qu'il n'a précisé si elles avaient pu jouer un rôle dans l'issue des thérapies ou si elles avaient impacté le déroulement des mesures de réadaptation entreprises en 2015. L'expert n'a pas davantage décrit les interactions entre les comorbidités existantes. Peu importe, à cet égard, que l'expert se soit prononcé sous l'angle d'un trouble dépressif en rémission et de traits de personnalité « qui ne présent[ai]ent pas de limitation fonctionnelle » (cf. rapport d'expertise du 13 août 2018 p. 13). Il demeure, en effet, qu'une structure accentuée de la personnalité (Z73.1) peut être considérée comme une comorbidité juridiquement significative lorsqu'une diminution des capacités résulte de son interaction avec l'atteinte principale à la santé (voir à cet égard ATF 144 V 50 consid. 5.2.1). Du reste, force est de rappeler que l'expert D. _____ avait décrit, en 2014, une organisation pathologique de la personnalité ayant favorisé depuis longtemps la recrudescence et la persistance de certains symptômes anxiodépressifs (cf. rapport d'expertise du 17 décembre 2014 p. 9). Dans ces conditions, l'expert B. _____ ne pouvait s'abstenir de procéder à l'examen des liens entre les atteintes retenues. A cela s'ajoute que l'expert ne s'est pas davantage prononcé sur l'éventuelle relation entre les troubles psychiques mentionnés et la problématique somatique affectant l'assurée. La Cour de céans relève encore que l'expert n'a pas fourni une évaluation claire de la personnalité de la recourante, se contentant de retenir catégoriquement l'existence de certains traits pathologiques non définis. Enfin, la seule affirmation de l'existence de ressources chez la recourante (cf. rapport d'expertise du 13 août 2018 p. 15), sans réelle motivation, est à l'évidence insuffisante pour satisfaire aux réquisits jurisprudentiels en vigueur. Compte

tenu de ces lacunes, l'évaluation de l'expert B. _____ n'apparaît pas satisfaisante et ce nonobstant les incohérences mentionnées quant à la capacité de l'assurée à gérer le stress ou les foules (cf. rapport d'expertise du 13 août 2018 p. 13). On ne saurait, par conséquent, se rallier à l'entière capacité de travail retenue par ce médecin sous l'angle psychiatrique. d) L'appréciation consensuelle des experts B. _____ et A. _____ prête tout autant le flanc à la critique. Il apparaît en effet que cette appréciation se résume, pour l'essentiel, à un renvoi aux conclusions de l'expert rhumatologue accompagné d'une mention quant à l'absence d'atteinte à la santé handicapante du point de vue psychiatrique et l'entière capacité de travail en découlant (cf. rapport d'expertise du 25 juillet 2018 p. 17 à 19). Or ce processus ne s'apparente pas à une discussion de fond telle qu'elle devrait intervenir dans le cadre d'une expertise bidisciplinaire. On peut, du reste, s'interroger sur la portée du consensus obtenu entre les deux experts dès lors que le Dr A. _____ a expressément indiqué que le socle somatique ne suffisait pas à expliquer l'ampleur de la symptomatologie et de l'impotence fonctionnelle (cf. ibid. p. 14 et 17) mais que les experts, dans le cadre de la discussion finale, n'ont pas même abordé l'éventualité d'une composante psychosomatique ou, à tout le moins, d'un syndrome somatique associé à la dépression – syndrome pourtant retenu par l'expert D. _____ quatre ans plus tôt (cf. rapport d'expertise du 17 décembre 2014 p. 7). Par surabondance, on notera que le rapport d'expertise établi en 2014 par le Dr M. _____ comportait déjà la notion d'un diagnostic psychosomatique sous forme d'un trouble somatoforme différencié évoqué par la Dre [...], spécialiste en rhumatologie (cf. rapport d'expertise du 8 décembre 2014 p. 3) ; cela étant, on comprend d'autant moins que l'éventualité d'une composante psychosomatique ait été passée sous silence. La confrontation entre le volet rhumatologique et le volet psychiatrique de l'expertise vient, par ailleurs, mettre en doute les incohérences retenues par l'expert B. _____ quant au comportement de l'assurée (cf. consid. 6c supra). En effet, l'expert psychiatre a estimé que les angoisses et la peur de sortir exprimées par l'assurée étaient peu compatibles avec son activité pour l'Association [...] qui consistait à amener des personnes âgées d'un endroit à un autre (cf. rapport d'expertise du 13 août 2018 p. 14). Or l'expert rhumatologue a décrit une activité autrement moins contraignante, consistant à accompagner des personnes âgées pour discuter et leur tenir compagnie (cf. rapport d'expertise du 25 juillet 2018 p. 7). Il suit de là que, d'un point de vue consensuel également, l'expertise bidisciplinaire réalisées par les experts A. _____ et B. _____ n'apparaît pas satisfaisante. e) En cours de procédure judiciaire, la recourante a par ailleurs produit des documents médicaux évoquant une détérioration de son état de santé. D'une part, la Dre Q. _____ a signalé des épisodes dépressifs légers à moyens depuis 2018 (cf. rapport du 12 mars 2021), évoquant ainsi une évolution contemporaine ou postérieure à l'examen réalisé le 30 avril 2018 par le Dr B. _____ mais en tous les cas antérieure à la décision attaquée et dont la portée n'a guère été investiguée à ce stade. D'autre part, la psychiatre traitante a également évoqué une problématique addictologique. A cet égard, il faut rappeler que dans son rapport du 28 avril 2014, la Dre Q. _____ a mentionné un syndrome de dépendance à l'alcool sans impact sur la capacité de travail. Quant à l'expert D. _____, il a relevé l'absence de signe d'abus d'alcool chez une assurée qui, minimisant sa consommation, indiquait ne pas boire tous les jours et prendre occasionnellement du cannabis (cf. rapport d'expertise du 17 décembre 2014 p. 4 et 7). Pour sa part, relevant que l'assurée était abstinente au moment de l'examen et que les analyses réalisées ne montraient pas de trace d'éthanol (cf. rapport d'expertise du 13 août 2018 p. 10 et 13), l'expert B. _____ n'a pas abordé la question d'une éventuelle dépendance à l'alcool. Or dans son

rapport du

E. 12

mars 2021, la Dre Q. _____ a expressément fait état d'une consommation d'alcool néfaste pour la santé en aggravation depuis 2018 et dont l'interaction avec des traits de personnalité mixtes (à composante évitantes, paranoïaques et anxieuses) contribuait à entretenir le trouble dépressif. Certes, hormis des tremblements des membres supérieurs, aucune limitation fonctionnelle n'a été signalée par la psychiatre traitante (cf. rapport produit le 2 septembre 2021) et les tests sanguins réalisés en juin 2021 n'ont pas fourni de résultats concluants du point de vue des marqueurs biologiques (cf. avis SMR du Dr Y. _____ du 17 novembre 2021 et rapport de la Dre Q. _____ du 22 décembre 2021). Ce nonobstant, il reste que l'interaction évoquée par la psychiatre traitante entre les différentes problématiques de l'assurée – dépression, traits de personnalité, consommation d'alcool – n'a jusqu'ici pas fait l'objet d'une analyse circonstanciée, s'inscrivant notamment dans le contexte de la grille d'évaluation développée à l'ATF 141 V 281. Les informations manquent également s'agissant de l'hypothèse d'un système hépatique résistant, susceptible d'expliquer l'apparente normalité des marqueurs biologiques de l'assurée (cf. rapport de la Dre Q. _____ du 22 décembre 2021). Au final, il découle de ce qui précède que les éléments au dossier sont insuffisants pour se prononcer sur l'importance et l'impact de la consommation d'alcool de la recourante, en particulier sous l'angle d'une aggravation intervenue depuis 2018. f) En définitive, il appert que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière satisfaisante et qu'il convient plus particulièrement de compléter l'instruction en vue de déterminer l'existence d'atteintes à la santé psychique (y compris sous l'angle d'une éventuelle dépendance à l'alcool au sens de l'ATF 145 V 215), psychosomatique ou rhumatologique susceptibles d'influer sur la capacité de travail de l'assurée. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI – 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 ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire conformément à l'art. 44 LPGA comportant à tout le moins un volet psychiatrique et un volet rhumatologique, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante. Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de se positionner sur les autres arguments des parties. 7. a) En conclusion, le recours doit être admis dans la mesure où il est recevable et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis 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 400 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, qui succombe. La partie recourante 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). La liste des opérations produite par Me Séverin Tissot-Daguette, avocat chez Procap, ne peut pas être suivie s'agissant du tarif horaire sur lequel elle se fonde. En revanche, les opérations en tant que telles ne prêtent pas le flanc à la critique. Il convient donc d'arrêter l'indemnité à 1'800 fr., débours et TVA compris, et de la 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]).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.