

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 juillet 2024

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
Mme Durussel, juge, et M. Oppikofer, assesseur  
Greffier : M. Favez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Nicolas Bruder, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 197[...], de nationalité suisse, travaillait à 100 % en qualité d'assistante administrative auprès du J.\_\_\_\_\_ depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2005.

L'assurée a présenté une incapacité de travail à 100 % dès le mois de mai 2020 en raison d'un syndrome de fatigue chronique.

F.\_\_\_\_\_ AG, assureur perte de gain maladie selon la LCA du J.\_\_\_\_\_, a pris le cas en charge.

Dans un rapport du 23 septembre 2020 au Dr B.\_\_\_\_\_, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en allergologie et immunologie clinique à la consultation d'immunologie et allergie d'E.\_\_\_\_\_ (Centre H.\_\_\_\_\_) a évoqué un tableau possiblement dysimmun (possible syndrome de Sjögren séronégatif) comprenant une asthénie, des arthralgies à caractère inflammatoires et un syndrome sec (objectivé sur le plan oculaire, DD médicamenteux) évoluant à bas bruit depuis environ trois ans et accentué depuis le printemps 2020. Il a confirmé ce rapport dans un suivant daté du 17 mai 2021. Ce médecin a mentionné la réalisation d'une angio-IRM (imagerie par résonance magnétique) parfaitement normale le 31 juillet 2020 et d'un scanner thoraco-abdomino-pelvien du 9 septembre 2020 sans particularité. Tous les dosages des anticorps se sont révélés négatifs, y compris les antinucléaires, les protéines et les anticorps anti-cytoplastes des neutrophiles. Ces examens n'ont pas montré d'inflammation.

Dans un rapport du 6 octobre 2020, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en pathologie, a fait savoir que la biopsie des glandes salivaires accessoires montrait quelques rares lymphocytes, mais sans dépôt d'amyloïde, et quelques rares lymphocytes de type B.

Mentionnant au titre de l'atteinte à la santé une connectivité indifférenciée, l'assurée a déposé, le 22 janvier 2021, une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans un rapport UE/AELE du 1<sup>er</sup> février 2021 à l'OAI, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics d'asthénie, d'arthralgie et de xérostomie et xérophalmie à l'origine d'une incapacité de travail depuis le 24 juillet 2020.

La Dre S.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a reçu l'assurée afin d'identifier une potentielle atteinte rhumatologique permettant d'expliquer les douleurs. Dans son rapport du 12 janvier 2022, la Dre S.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle n'était pas certaine que les douleurs soient articulaires, en tout cas au niveau des mains et des pieds. Elle n'a pas mis en évidence d'argument en faveur d'une atteinte neurologique. Elle a identifié un phénomène de Raynaud aux quatre membres. Elle a évoqué de possibles douleurs mécaniques lombaires basses et des genoux sur déconditionnement musculaire et demandé à pouvoir se prononcer en fonction de résultats d'analyses biologiques.

Dans un rapport du 24 janvier 2022 à l'OAI, le Dr B.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de tableau possiblement dysimmun (avec asthénie et arthralgie).

Dans son rapport du 18 mars 2022, la Dre S.\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI qu'elle n'avait pas d'argument clinique ou biologique ni d'imagerie en faveur d'une autre atteinte à la santé que la maladie auto-immune prise en charge par le Dr C.\_\_\_\_\_.

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> avril 2022 à l'OAI, le Dr C.\_\_\_\_\_ a retenu un syndrome de fatigue chronique d'origine dys-immune probable et attesté une incapacité de travail totale depuis le mois de mai 2020. Il a fait état d'un traitement par Prednisone® et Plaquénil® sans amélioration

significative de la symptomatologie. Il a estimé qu'une reprise à 50 % dans l'activité habituelle au maximum sera éventuellement possible.

L'assurée s'est inscrite à 20% à l'assurance-chômage à compter du 22 juin 2022.

Dans un rapport du 2 juillet 2022 à l'OAI, le Dr B.\_\_\_\_\_ a fait état d'une évolution favorable depuis la mi-février 2022. Il a posé le diagnostic de Goujerot Sjörgeu avec un diagnostic différentiel de connectivité mixte. Le médecin traitant a attesté une capacité de travail de 20 % dès le 8 juin 2022, puis de 25 % dès le 1<sup>er</sup> septembre 2022 (selon le certificat médical du 1<sup>er</sup> août 2022).

Dans un avis du 20 juillet 2022, la Dre D.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'AI (SMR), a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (psychiatrie, rhumatologie et médecine interne).

Au terme de la procédure d'attribution aléatoire des expertises pluridisciplinaire (SuisseMED@P), l'OAI a confié le mandat au W.\_\_\_\_\_ par communication du 4 octobre 2022.

Dans leur rapport d'expertise du 20 janvier 2023, le Dr W.M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, le Dr W.R.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et le Dr W.P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics de douleurs cervicales sans irradiation dans les membres supérieurs sur discopathie (M54.2), de syndrome sec buccal et oculaire avec maladie de Raynaud sans maladie immunologique ayant pu être mise en évidence, de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (F19.1), de status après un épisode de pyélonéphrite et de status après deux conisations du col utérin pour dysplasie sur papillomavirus (p. 4, ch. 4.3). Ils ont décrit les limitations fonctionnelles comme il suit (p. 5, ch. 4.3) :

« Pas de limitation sur le plan de la médecine interne générale.

Sur le plan rhumatologique : pas d'effort de soulèvement de > 5 kg à partir du sol, port de charge proche du corps limité à 10 kg.

Sur le plan psychiatrique : pas de traitement simultané d'informations multiples, pas de prise de décision immédiate, pas de stress. »

Les experts ont évalué la capacité de travail de l'assurée en ces termes (p. 5) :

« **4.5. Motivation de la capacité de travail globale**

Elle est d'origine exclusivement psychiatrique.

**4.6. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici**

La capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici est de 100 % pour la médecine interne générale et la rhumatologie.

La capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici est de 100 % pour la psychiatrie, avec baisse de rendement de 50 %, capacité résiduelle de 50 % depuis mai 2020.

**4.7. Capacité de travail dans une activité adaptée**

La capacité de travail dans une activité adaptée est de 100 % pour la médecine interne générale, la rhumatologie et la psychiatrie.

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

Soutien de psychothérapie, éventuelle augmentation du traitement en cours, mais il ne s'agit pas d'une exigibilité. En revanche, le sevrage en alcool est exigible. En effet, les consommations chroniques en alcool favorisent le maintien de l'état clinique marqué par des éléments dépressifs et anxieux. D'autre part, le bénéfice est très supérieur au risque, car il existe un risque d'atteinte somatique. Les traitements peuvent trouver un échec du fait de la continuité des consommations d'alcool. Le simple sevrage en alcool pourrait permettre une amélioration spectaculaire. Le sevrage peut se réaliser en ambulatoire avec l'aide de traitement spécifique comme le Selincro. En cas d'échec, une hospitalisation de 2 mois pourrait être proposée. Chances d'amélioration possibles dans 6 mois, car elle présente de bonnes capacités. »

Dans un rapport SMR du 9 février 2023, la Dre D.\_\_\_\_\_ du SMR a fait siennes les conclusions communiquées par le W.\_\_\_\_\_.

Par courrier du 9 mai 2023, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui octroyer un quart de rente à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2021, lui enjoignant de se soumettre à un sevrage.

Le 25 mai 2023, l'assurée a accepté le traitement précité et annoncé qu'elle avait entamé un suivi auprès de la Dre K.\_\_\_\_\_, médecin praticienne, précisant que sa consommation d'alcool n'avait pas d'impact sur sa capacité de travail et de gain et qu'elle demanderait une réévaluation de sa situation.

Par projet de décision du 27 mai 2023, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui octroyer un quart de rente à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2021 conditionnée à une obligation de sevrage d'alcool, sur la base d'un degré d'invalidité de 41 %.

L'assurée a contesté ce projet de décision le 3 août 2023. Elle a produit trois rapports du Dr B.\_\_\_\_\_, du Dr C.\_\_\_\_\_ et de la psychologue L.\_\_\_\_\_.

- Dans un rapport du 4 juillet 2023, le Dr B.\_\_\_\_\_ a fait savoir que sa patiente ne disposait d'aucune capacité de travail dans son activité habituelle et d'une capacité de travail de 15 % dans une activité adaptée. Il a mentionné, à titre de limitation fonctionnelle, un épuisement chronique. S'agissant de la consommation d'alcool, le Dr B.\_\_\_\_\_ a estimé la consommation à 10-12 unités d'alcool par semaine à savoir une consommation régulière et observé que la consommation « occasionnelle » retenue par l'expert tranchait avec la valeur du CDT (*carbohydrate deficient transferrin*, un marqueur de l'alcoolisme chronique) au jour de l'expertise. Il a mentionné une reprise à raison d'une heure par jour dans une activité d'accompagnatrice scolaire péditrain sur une ligne de train qui va de [...] à [...].
  
- Dans un rapport du 10 juillet 2023, la psychologue L.\_\_\_\_\_ a estimé que la fatigue chronique rendait son activité précédente impossible. Elle estime qu'au mieux, une activité à un taux de 10 % à 15 % était exigible. Elle a estimé que même

sans expérience médicale, il n'y avait pas d'évidence de consommation d'alcool.

- Dans son rapport du 21 juillet 2023, le Dr C.\_\_\_\_\_ a admis que les arguments internistiques et rhumatologiques des experts pouvaient être insuffisants pour établir un diagnostic de Sjögren séronégatif, mais que sa patiente présentait cependant plusieurs éléments pouvant aller dans ce sens (notamment les altérations immunologiques, une fatigue chronique réfractaire aux antidépresseurs, des arthralgies symétriques, un syndrome de Raynaud, une réponse modérée au traitement immunomodulateur) qui ne permettaient pas d'exclure formellement ce diagnostic. Il a estimé la capacité de travail dans l'activité habituelle à 50 % et, s'agissant d'une activité adaptée, il ne pensait pas que l'adaptation de l'activité ait une influence significative sur le rendement. Le Dr C.\_\_\_\_\_ a confirmé les limitations fonctionnelles résultant de l'expertise. S'agissant de la consommation d'alcool, il n'a pas relevé d'éléments suggérant une consommation d'alcool nocive pour la santé.

Par avis du 28 août 2023, la Dre D.\_\_\_\_\_ du SMR a confirmé ses conclusions, motif pris qu'il n'y avait pas de nouvel élément objectif.

Par décision du 7 novembre 2023, assortie d'une motivation séparée du 25 septembre 2023, l'OAI a confirmé son projet de décision du 5 juin 2023, renonçant à l'obligation de sevrage.

**B.**           **a)** Par acte du 11 décembre 2023, A.\_\_\_\_\_, représentée par Me Nicolas Bruder, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 7 novembre 2023, concluant principalement à sa réforme en ce sens que le droit à une rente d'invalidité entière était ouvert dès le 1<sup>er</sup> juillet 2021 et subsidiairement à son annulation avec renvoi de la cause à l'office intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. En

substance, elle se prévaut de l'absence de valeur probante de l'expertise du 20 janvier 2023 du W.\_\_\_\_\_. Elle annonce en outre la production d'une expertise psychiatrique.

**b)** Dans sa réponse du 22 janvier 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours, considérant que le rapport d'expertise du W.\_\_\_\_\_ et ses conclusions étaient probants.

**c)** Par réplique du 29 février 2024, A.\_\_\_\_\_ a confirmé ses conclusions et produit un rapport du 9 février 2024 de la Dre M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Cette psychiatre pose le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique depuis le mois de mai 2020 (F33.11), soulève des incohérences dans le rapport du W.\_\_\_\_\_ et estime la capacité de travail à 40 % dans l'activité habituelle et à 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles psychiatriques (activité automatisée sans exigence de concentration ni stress). La recourante requiert en outre la prise en charge par l'intimé des frais d'expertise de la Dre M.\_\_\_\_\_ par 4'000 francs.

**d)** Dupliquant le 19 mars 2024, l'OAI a maintenu ses conclusions, se référant à une prise de position de son service médical du 18 mars 2024.

**e)** Le 5 avril 2024, la recourante a confirmé ses conclusions.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; 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 de loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige a pour objet l'étendue du droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

**3. a)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

**b)** En l'occurrence, le droit à la rente a pris naissance le 1<sup>er</sup> juillet 2021, si bien que le droit en vigueur au 31 décembre 2021 est applicable.

**4. 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**5. a)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs

importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

**b)** Selon l'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\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**c)** 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).

**aa)** Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées).

**bb)** Il convient 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).

**cc)** 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 la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée 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 la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le

soutien dont elle 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 la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée 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).

**6. a)** En l'occurrence, il n'est pas contesté que la recourante n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle d'assistante administrative à plus de 50 %, car cette activité ne respecte pas les limitations fonctionnelles psychiatriques (pas de traitement simultané d'informations multiples, pas de prise de décision immédiate, pas de stress). Il y a dès lors lieu d'examiner si elle dispose d'une capacité de travail supérieure dans une activité adaptée, et dans l'affirmative à quel taux.

7. En l'espèce, l'intimé a retenu, en se fondant sur l'expertise du W.\_\_\_\_\_, que la recourante présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles susmentionnées depuis le mois de mai 2020 (expertise W.\_\_\_\_\_, p. 5, ch. 4.5 à 4.7 ; voir aussi rapport SMR de la Dre D.\_\_\_\_\_ du 9 février 2023). Il convient par conséquent d'examiner la valeur probante de cette expertise.

a) Sur le plan ostéoarticulaire, les experts ont retenu les diagnostics de douleurs cervicales sans irradiation dans les membres supérieurs sur discopathie (M54.2) et de syndrome sec buccal et oculaire avec maladie de Raynaud sans maladie immunologique ayant pu être mise en évidence (expertise W.\_\_\_\_\_, p. 4, ch. 4.3). Ils ont résumé leur évaluation en ces termes :

« Des premiers épisodes d'asthénie profonde sont apparus à l'occasion de l'infarctus dont a été victime son père à fin 2017. Depuis mai 2020, cette asthénie profonde a récidivé. Une angio-IRM cérébrale s'est révélée parfaitement normale et un scanner thoraco-abdomino-pelvien est également sans particularité. L'expertisée a été examinée en immunologie au Centre H.\_\_\_\_\_ le 23.09.2020 avec un bilan global montrant une légère diminution du complément C3 alors que le complément C4 et le CH50 étaient normaux. Tous les dosages des anticorps se sont relevés négatifs, y compris les antinucléaires, les protéines et les anticorps anti-cytoplastes des neutrophiles. Ces examens n'ont pas montré d'inflammation. Une biopsie des glandes salivaires accessoires a montré quelques rares lymphocytes, mais sans dépôt d'amyloïde, quelques rares lymphocytes de type B sans élément pour poser le diagnostic d'un syndrome de Sjögren. Un traitement est néanmoins débuté depuis le 21.10.2020 par une association Plaquenil et Prednisone. Actuellement (depuis mai 2021) la Prednisone est diminuée à 7,5 mg et 300 mg de Plaquenil.

A.\_\_\_\_\_ a été examinée par la Dre S.\_\_\_\_\_ à [...] le 12.01.2022, avec un phénomène de Raynaud, un syndrome sec, une asthénie et une consommation du complément à la prise de sang. L'IRM des articulations sacro-iliaques est parfaitement normale et l'HLAB-27 est négatif.

L'expertisée est revue par Le Prof. C.\_\_\_\_\_ le 01.04.2022 qui pose toujours le syndrome de fatigue chronique d'origine dysimmunitaire probable ou une connectivité indifférenciée. Il existe également une cervicarthrose avec un pincement C5-C6 et C6-C7, sans irradiation dans les membres supérieurs.

En conclusion, à l'examen rhumatologique de ce jour, nous constatons que A.\_\_\_\_\_ ne présente plus aucune douleur, mais uniquement une asthénie. Elle a repris une activité à 25% dans l'accompagnement des élèves à l'école. Son traitement est toujours Plaquenil 2 comprimés en alternance avec 1 comprimé (soit 200 et

400 mg par jour) avec de la Prednison à 5 mg. Les critères pour un syndrome de Sjögren ne peuvent actuellement pas être acceptés, car la biopsie des glandes salivaires accessoires est parfaitement normale. On ne retrouve aucun syndrome neurologique, aucune palpation d'adénopathie, aucune hépatomégalie et pas de pathologie cutanée. »

Les experts du W. \_\_\_\_\_ ont ainsi exclu le diagnostic de Sjögren séronégatif, qui a été retenu par le Dr C. \_\_\_\_\_, et ont considéré que la recourante disposait d'une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée sur le plan somatique (expertise W. \_\_\_\_\_, p. 5, ch. 4.5 à 4.7).

Après avoir pris connaissance de l'expertise du W. \_\_\_\_\_, le Dr C. \_\_\_\_\_ a expliqué, dans son rapport du 21 juillet 2023, qu'il n'existait pas suffisamment d'arguments pour exclure le diagnostic de Sjögren, contrairement à ce que soutenaient les experts. Il a pour sa part maintenu le diagnostic précité au vu des altérations immunologiques, de la fatigue chronique réfractaire aux antidépresseurs, des arthralgies symétriques, du syndrome de Raynaud et de la réponse modérée au traitement immunomodulateur. Cette position correspond à sa première prise de position à l'attention de l'Al que l'on retrouve dans son rapport du 1<sup>er</sup> avril 2022. L'expert W.R. \_\_\_\_\_ a exclu ce diagnostic essentiellement sur la base de la biopsie revenue normale et de la médication qualifiée de « *très légère* » sans toutefois se prononcer sur les autres critères, en particulier sur les altérations immunologiques, mis en lumière par le Dr C. \_\_\_\_\_ dont les arguments figuraient pourtant déjà au dossier au moment de l'expertise (rapport du 1<sup>er</sup> avril 2022). De surcroît, on ne peut que constater la relative prudence dont fait preuve l'expert W.R. \_\_\_\_\_ dans son rapport (expertise W. \_\_\_\_\_, p. 28, ch. 6.2 : « *Il est difficile de rapprocher cette fatigue chronique à une maladie dysimmunitaire* » ; « *Il est donc difficile de mettre sous la responsabilité de la rhumatologie la présence de cette asthénie [...]* »). Dans ces circonstances et sur la base des prises de position constantes du Dr C. \_\_\_\_\_, il n'est pas démontré, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'asthénie affectant la recourante ne présente pas une cause somatique au moins partielle (cf. en dernier lieu le rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 21 juillet 2023). On relève

également que pour la Dre S.\_\_\_\_\_, il n'y avait pas d'argument clinique ou biologique ni d'imagerie en faveur d'une autre atteinte à la santé que la maladie auto-immune prise en charge au Centre H.\_\_\_\_\_, si bien que cette spécialiste ne l'a également pas exclue dans son rapport du 18 mars 2022. Dès lors que l'évaluation divergente de la capacité de travail de la recourante repose sur une évaluation médicale différente de celle - peu assurée - de l'expert, laquelle est mise en doute par les pièces médicales du dossier, l'intimé aurait dû compléter l'instruction afin d'évaluer une possible cause somatique à l'asthénie affectant l'intéressée. Il est ainsi impossible de se prononcer sur les prises de position des Drs C.\_\_\_\_\_, S.\_\_\_\_\_ et W.R.\_\_\_\_\_ sans connaissances médicales spécialisées en immunologie, ce qui commande une nouvelle évaluation. Pour le reste, la recourante admet ne plus avoir de douleurs et ne conteste pas l'absence de répercussions sur sa capacité de travail des autres atteintes somatiques.

**b)** Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas lieu d'attribuer une quelconque valeur probante au volet spécialisé de l'expertise W.\_\_\_\_\_ réalisé par le Dr W.P.\_\_\_\_\_, tant son rapport apparaît peu fiable.

**aa)** Les experts ont commandé un bilan biologique, réalisé le 21 novembre 2022, lequel a révélé un taux de CDT à 2,5 % qui témoignerait d'une intoxication chronique en alcool. Les résultats du bilan étant postérieurs aux examens cliniques, notamment psychiatrique, l'expert psychiatre n'a pas été en mesure de l'évaluer selon une classification internationale reconnue, ce qu'il admet (p. 18, ch. 6.3 « *L'expertisée ne nous a pas évoqué de consommation chronique d'alcool, ce qui ne nous a pas permis d'évaluer selon la classification DSM 5, cette consommation.* ») et pose d'ores et déjà un problème dans la mesure où le diagnostic doit être affirmé selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Par ailleurs, tout en excluant une anxiété généralisée, l'expert W.P.\_\_\_\_\_ expose que « *les consommations en alcool maintiennent les éléments anxieux et dépressifs, la désorganisation de la pensée, les hésitations. Les consommations chroniques en alcool expliquent également la*

*bradypsychie (réd. : ralentissement du fonctionnement cognitif), et possiblement la fatigue et la fatigabilité* ». Ce faisant, il n'est pas possible de mettre les atteintes constatées (éléments anxieux et dépressifs) sur le compte de la consommation d'alcool, voire d'un autre diagnostic. Il manque également à l'examen de l'expert W.P.\_\_\_\_\_ une analyse des indicateurs en cas de dépendance à l'alcool, ainsi que des conclusions concernant l'incidence des troubles sur les ressources de l'assurée ce qui rend l'ensemble de l'analyse non probante *per se* (ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). L'expert ne s'est également pas interrogé, au vu du travail de la recourante qui doit parfois interagir avec des enfants, dans quelle mesure ces activités étaient compatibles avec la consommation d'alcool observée et ainsi adaptées (expertise W.\_\_\_\_\_, p. 14, description du poste de travail).

**bb)** Finalement, l'expert W.P.\_\_\_\_\_ indique ne pas avoir sollicité le médecin traitant, expliquant que l'examen clinique et l'anamnèse suffisent à poser un diagnostic et se déterminer sur le cas. Or, l'anamnèse psychiatrique est très pauvre en renseignements et ne décrit pas le suivi de l'assurée par la psychologue et psychothérapeute L.\_\_\_\_\_ de juin 2018 à juin 2022. Il convient de rappeler à l'intimé que l'évaluation psychiatrique devait être réalisée sur la base d'un dossier complet, et qu'il lui appartenait de solliciter un rapport médical de la psychothérapeute traitante antérieurement à la réalisation de l'expertise, afin que l'expert W.P.\_\_\_\_\_ puisse procéder à une anamnèse psychiatrique circonstanciée, ceci même s'il s'agit d'une psychologue et non d'un psychiatre. En tout état de cause, l'expert W.P.\_\_\_\_\_ aurait dû prendre contact avec la psychologue L.\_\_\_\_\_. On relève en particulier que la prise en charge de la psychologue L.\_\_\_\_\_ semble correspondre à une période où l'intéressée avait une plus grande sensibilité au stress comme elle l'explique à l'expert (expertise W.\_\_\_\_\_, p. 16, premier paragraphe). Le Dr W.P.\_\_\_\_\_ n'a également pas pris le soin d'évaluer la prescription d'antidépresseur. A cet effet, il conviendra de définir si une consultation de psychiatrie a eu lieu dans la mesure où un antidépresseur a été prescrit depuis 2017 (apparemment dans un contexte de deuil) et adapté en 2021 (rapport du 1<sup>er</sup> avril 2022 du Dr C.\_\_\_\_\_). Cette prescription ne semble

pas être le fait du Dr B.\_\_\_\_\_, lequel ne mentionne que la Prednisone® et le Plaquénil® dans ses rapports des 24 janvier et 6 juillet 2022 à l'OAI (cf. aussi ses rapports à la B.\_\_\_\_\_ AG des 5 août 2020, 8 janvier 2021), ni du Dr C.\_\_\_\_\_, lequel indique que la prescription date de 2017 (il n'a été consulté qu'à compter du 17 septembre 2020) et a été adaptée en 2021 (cf. rapports des 23 septembre 2020 et 1<sup>er</sup> avril 2022) et, contrairement à ce qu'indique l'expert W.P.\_\_\_\_\_, cela n'a pas pu être le fait de la psychologue L.\_\_\_\_\_, laquelle n'est pas médecin et n'est pas autorisée à prescrire des médicaments (art. 24 al. 1 let. a LPT<sup>h</sup> [loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux 15 septembre 2000 ; RS 812.21] et art. 45 al. 1 OMéd [ordonnance sur les médicaments du 21 septembre 2018 ; RS 818.212.21]). Ces éléments montrent ainsi que l'anamnèse est aussi défailante sur le plan de la médication, qu'il conviendra d'investiguer.

**cc)** En outre, on ne peut manquer de s'interroger sur le sens et la portée de certaines constatations opérées sur le plan médical. Ainsi, on peine à comprendre pour quels motifs l'expert retient un trouble de l'adaptation dès le mois de novembre 2020, alors que l'assurée présente une incapacité de travail totale depuis le mois de mai 2020 et qu'elle est suivie sur le plan psychologique depuis le mois de juin 2018 avec un traitement antidépresseur dès 2017. A cet égard, l'expert fait valoir que *« dans le rapport du 05.08.2020 du Dr B.\_\_\_\_\_, il est noté l'apparition brutale, au mois de mai 2020 d'une fatigue. Cette date correspond plus ou moins à celle du début du trouble de l'adaptation »*. Or, il sied de rappeler que l'expert W.P.\_\_\_\_\_ lie le début du trouble de l'adaptation à l'annonce du licenciement de la recourante en novembre 2020, lequel n'était pourtant pas connu en mai 2020. La Cour de céans ne peut ainsi que constater ces incohérences médicales et chronologiques, lesquelles sont aussi à mettre en lien avec l'anamnèse insuffisante.

**dd)** Finalement, si la bradypsychie et la fatigue chronique ne sont pas contestées par les experts, il n'est pas possible en l'état du dossier de savoir si elles sont liées à la consommation d'alcool (dont la dépendance à l'alcool ne semble pas avoir été confirmée par les analyses

CDT, alors qu'un test capillaire EtG [éthylglucuronide] aurait été plus précis) ou éventuellement à un syndrome de Sjörger et pour quels motifs elles n'ont pas d'impact dans l'exercice d'une activité adaptée.

**ee)** Aussi, le manque de consistance du volet psychiatrique de l'expertise, respectivement les incohérences qui en résultent exclut de lui reconnaître valeur probante. Ce document ne permet en effet pas de déterminer l'incidence des atteintes à la santé sur la capacité de travail de la recourante, ni de se prononcer sur les ressources à sa disposition pour en surmonter les conséquences.

**ff)** Enfin, postérieurement à l'expertise du W. \_\_\_\_\_ et au projet de décision du 27 mai 2023, la recourante a accepté un suivi auprès de la Dre K. \_\_\_\_\_, spécialiste en tabacologie-addictologie qui a retenu une incapacité de travail de 75 % dès le 16 juin 2023, puis de 100 % dès le 6 juillet 2023 et de 75 % dès le 30 août 2023. L'expert W.P. \_\_\_\_\_ ayant exigé un sevrage « *qui pourrait permettre une amélioration spectaculaire* », on ne peut que s'étonner de l'absence de rapport de la Dre K. \_\_\_\_\_ au dossier, alors qu'elle retient une incapacité de travail différente de celle retenue par les experts du W. \_\_\_\_\_ et que la recourante semble contester la consommation d'alcool. On s'étonne également de l'absence de prise de renseignement auprès de cette médecin dans la mesure où la décision litigieuse a été rendue le 7 novembre 2023. Même si la motivation séparée de la décision précitée date du 25 septembre 2023, elle a été rédigée plus de trois mois après la prise en charge de l'assurée par cette spécialiste.

**c) aa)** Il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire - ce dont l'autorité devait se rendre compte au moment où elle a statué - et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause.

**bb)** Quant au rapport d'expertise de la Dre M. \_\_\_\_\_, il ne permet pas d'établir de manière concluante l'état de fait médical en palliant un défaut d'instruction de la part de l'OAI. En effet, l'instruction

est lacunaire tant sur le plan somatique, sur lequel la psychiatre consultée ne s'est naturellement pas prononcée, que sur le plan psychiatrique où il manque notamment une anamnèse détaillée au niveau professionnel, une discussion ciblée de la question de la consommation d'alcool et une analyse circonstanciée des indicateurs, celle opérée par la Dre M. \_\_\_\_\_ restant superficielle. On observe encore que cette spécialiste n'a, à l'instar du Dr W.P. \_\_\_\_\_, pas pris contact avec la psychologue L. \_\_\_\_\_ ni avec la Dre K. \_\_\_\_\_. Au final, son rapport est également insuffisant pour se prononcer en toute connaissance de cause.

**7. 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'espèce, il appert que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète et probante, si bien qu'il convient de compléter l'instruction en vue de déterminer si la recourante présente une atteinte sur le plan immunitaire, susceptible d'influencer sa capacité de travail. Par ailleurs, sur le plan psychiatrique, il conviendra de solliciter notamment un rapport médical de la psychologue L. \_\_\_\_\_, du médecin ayant prescrit l'antidépresseur et de la Dre K. \_\_\_\_\_. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'office intimé - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise

conformément à l'art. 44 LPGA comportant à tout le moins des volets d'immunologie, de rhumatologie et de psychiatrie, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune par l'intimé, voire par le centre désigné. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

**c)** Au vu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

**8. a)** En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'office intimé afin qu'il en complète l'instruction dans le sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> 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 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 cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

**d) aa)** La recourante requiert en outre la prise en charge par l'intimé de la note d'honoraires de la Dre M.\_\_\_\_\_.

**bb)** L'art. 45 al. 1 LPGA prévoit que les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées

ultérieurement. Tel est notamment le cas lorsque l'état de fait médical ne peut être établi de manière concluante que sur la base de documents recueillis et produits par la personne assurée, si bien que l'on peut reprocher à l'assureur de n'avoir pas établi, en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du litige (TF 8C\_354/2015 du 13 octobre 2015 consid. 6.1 ; 9C\_136/2012 du 20 août 2012 consid. 5 ; ATF 115 V 62).

**cc)** En l'occurrence, le rapport d'expertise privée de la Dre M. \_\_\_\_\_ n'a eu aucune influence sur l'issue du présent litige. Sans lui, le résultat aurait été le même (cf. consid. 7c/bb ci-dessus). Il n'était dès lors pas indispensable à l'appréciation du cas au sens de l'art. 45 al. 1 LPGA, de sorte que les frais correspondants ne doivent pas être pris en charge par l'intimé.

**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 7 novembre 2023 par l'Office assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le 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. L'Office assurance-invalidité pour le canton de Vaud doit verser à A. \_\_\_\_\_ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Nicolas Bruder (pour la recourante),
- Office assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- 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 :