

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 mars 2020

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Dessaux, juge, et Mme Silva, assesseure
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

S. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6 s., 43 al. 1, 44 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 17 et 28 LAI

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a notamment été engagée en tant qu'assistante administrative à plein temps, du 1^{er} novembre 2007 au 31 août 2010, par la société M. _____ Sàrl, à [...]. Dans le contexte d'un arrêt de travail depuis le 6 juillet 2009, une demande de détection précoce du 14 décembre 2009 a été suivie du dépôt d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 2 mars 2010, en raison d'une récurrence de lombo-cruralgies gauches sur hernie discale L3 - L4 gauche opérée en 1998.

Après instruction du cas sur le plan médical et l'octroi de mesures professionnelles, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a, par communications du 18 juillet 2011, rejeté cette demande de prestations, sous réserve d'une aide au placement ouverte. Le motif était qu'au terme de sa réadaptation professionnelle, l'intéressée avait retrouvé sa capacité de gain antérieure excluant le droit à la rente. Cette décision n'a pas été contestée.

B. Le 26 mars 2013, S._____ a déposé une seconde demande de prestations, en faisant valoir qu'elle avait présenté un lumbago aigu en juillet 2012 et un blocage aigu lombaire le 14 janvier 2013, ayant conduit à une incapacité de travail du 14 janvier au 20 février 2013 (certificat médical du 20 février 2013 du Dr R._____, médecin traitant).

Par projet de décision du 2 décembre 2013, l'OAI a informé l'assurée de son intention de ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations.

Après un complément d'instruction, par décision du 29 janvier 2014, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 26 mars 2013, au motif que l'assurée n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé.

Par arrêt du 31 juillet 2015, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours déposé par l'intéressée le 25 février 2014 (CASSO AI 41/14 - 198/2015). En résumé, le tribunal a notamment estimé que les douleurs et la persistance de contractures musculaires attestées par le médecin traitant étaient déjà connues et prises en compte le 11 novembre 2010 par le Dr Q. _____ lors de la première demande. Ce médecin avait posé les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de lombo-cruralgies gauches dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis et de status après deux cures de hernie discale L3-L4 gauche en 1998 et février 2010. Il avait retenu comme limitations fonctionnelles la nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout et qu'il fallait éviter le soulèvement régulier de charges d'un poids excédant cinq kilos, le port régulier de charges d'un poids excédant dix kilos, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc ainsi que l'exposition à des vibrations. Depuis le 9 août 2010, soit six mois après l'intervention chirurgicale, il avait retenu une capacité de travail de 70 % dans l'activité habituelle d'assistante administrative et entière dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéo-articulaire. Enfin, comme le relevaient les Drs V. _____ et B. _____, un scanner du 2 avril 2013 (pièce 100 p. 254) confirmait uniquement l'existence de troubles dégénératifs rachidiens au niveau lombaire déjà connus, les lombalgies chroniques non déficitaires ayant été prises en compte de longue date et les limitations fonctionnelles étant identiques à celles décrites lors de la première demande. Une aggravation de l'état de santé postérieure à la première décision de refus de prestations du 18 juillet 2011 n'apparaissait ainsi pas plausible. Le tribunal a encore constaté que, concernant les rapports médicaux produits pendant la procédure de recours, il appartenait le cas échéant à la recourante de déposer une nouvelle demande auprès de l'OAI (CASSO AI 41/14 - 198/2015 du 31 juillet 2015, consid. 5). Cet arrêt n'a pas été contesté.

C. **a)** Après examen des nouvelles pièces médicales produites dans la procédure susmentionnée (rapport médicaux des 3 février, 26 juin et 25 juillet 2014 du Dr H. _____, chef de clinique adjoint du

Département de l'appareil locomoteur au CHUV) et après les avoir soumises à l'appréciation de son SMR (cf. avis du 6 octobre 2014 des Drs V._____ et D._____), l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande du 26 juin 2014. Il a considéré que l'aggravation de l'état de santé de l'assurée était rendue plausible au vu du diagnostic d'état anxio-dépressif et de l'évaluation le 25 juillet 2014 de la capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée (à savoir, sans positions statiques prolongées [limitées à 20-30 minutes assises] ni de grands efforts physiques ; cf. déterminations du 13 octobre 2014 de l'OAI).

Dans un rapport du 24 février 2015, auquel était joint un rapport de consultation du 12 février 2015, le Dr H._____ a indiqué qu'à son avis les douleurs chroniques de l'intéressée s'inscrivaient plus dans le cadre d'une fibromyalgie que dans un problème purement rhumatismal (17 points de fibromyalgie sur 18 avec jumps-signs).

Dans un nouveau rapport du 26 mars 2015, le Dr H._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombopygialgies gauches avec cruralgies (avec dysfonction D12 - L1 et déconditionnement physique), état anxio-dépressif réactionnel et fibromyalgie. Réservant son pronostic chez une patiente présentant un syndrome douloureux chronique avec des douleurs plus diffuses type fibromyalgique, ce médecin a indiqué des limitations fonctionnelles, mais sans véritable estimation de la capacité de travail, à savoir : pas de postures statiques de plus de 15 minutes, la position debout 30 minutes, et la marche environ 20 minutes.

Aux termes d'un rapport du 19 janvier 2016, le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie suivant l'assurée depuis septembre 2015, a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31), un syndrome de dépendance à l'alcool (F10.2) et des lombo-pygialgies gauches avec cruralgies (dans le cadre d'un status après cure de hernie discale L3/L4 gauche [1998 et 2010]). Malgré un suivi de soutien

hebdomadaire ainsi qu'un traitement médicamenteux (Cipralex® 10 mg [deux cp./j.]), ce médecin a fait part d'une totale incapacité de travail au long cours.

En parallèle à l'actualisation des renseignements médicaux auprès des médecins consultés (rapport du 27 avril 2016 du Dr R. _____ ; rapport du 17 mai 2016 du Dr H. _____ qui n'avait pas revu l'assurée depuis plus d'un an), l'OAI a recueilli un rapport d'examen neuropsychologique du 28 juin 2016, avec évaluation des limitations fonctionnelles, confié à la psychologue spécialiste en neuropsychologie F. _____. Ce rapport adopte les conclusions suivantes :

“Conclusions

[...]

Le tableau est celui de troubles mnésiques, exécutifs et attentionnels modérés à sévères au premier plan, avec quelques incohérences laissant suspecter des éléments de surcharge chez cette assurée qui a du mal à mobiliser ses ressources cognitives. L'étiologie est probablement multifactorielle, avec des douleurs, une médication antalgique lourde, une consommation excessive d'alcool, des troubles psychiatriques et une possible surcharge.

Etant donné la gravité du tableau, il serait prudent de demander l'avis d'un neurologue et de faire une imagerie cérébrale.

Sur le plan neuropsychologique, les limitations fonctionnelles sont actuellement les suivantes :

- Le dysfonctionnement exécutif et attentionnel diminue de manière significative l'autonomie de l'assurée dans les situations complexes : il faut éviter les contraintes temporelles, les situations de doubles tâches ou de multiples tâches successives, les interférences, les situations de stress, les activités sollicitant ses capacités d'organisation, de prise d'initiative et d'autocontrôle. Lorsque c'est très important, il faut lui donner une consigne à la fois et s'assurer qu'elle l'a bien comprise, en la faisant reformuler si besoin. Il faut éviter les situations dans lesquelles elle doit se concentrer de manière soutenue telles que la saisie informatique, l'utilisation de machines dangereuses et la conduite de véhicules.
- Etant donné les troubles mnésiques, si l'assurée doit impérativement se souvenir de quelque chose, il faut privilégier l'apprentissage sans erreur (répéter toutes les instructions de manière exhaustive le nombre de fois nécessaire, puis supprimer une information à la fois, en vérifiant que l'assurée peut redonner les

instructions sans se tromper). On peut également utiliser l'apprentissage procédural en lui faisant répéter des procédures jusqu'à complète automatisation.

- Il faut permettre l'emploi d'une machine à calculer.
- Il faut éviter de demander à l'assurée d'effectuer des tâches nécessitant une aisance d'expression orale en raison du manque du mot, même si le langage est fonctionnel pour un usage de tous les jours.

Sur le plan neuropsychologique, les ressources sont les suivantes :

- + Un langage oral et écrit fonctionnel, qui permet à l'assurée une communication correcte sur le plan formel. Les consignes peuvent être données par oral ou par écrit, pour autant qu'elles soient explicites.
- + L'assurée est apte à assumer des tâches sollicitant les aptitudes visuo-constructives et visuo-perceptives (lecture et dessin de plans/schémas simples)."

Le 22 novembre 2016, le Dr P._____ a répondu comme suit aux questions adressées par l'OAI :

- “• *Quel rapport l'assurée a-t-elle actuellement avec l'alcool ?*
- 1. La patiente s'est engagée actuellement à être abstinente sur le plan de l'alcool soutenue dans ce projet par un traitement aversif d'antabus.
- *Le monitoring de l'escitalopram réalisé le 14 juin 2016 objective une concentration médicamenteuse plasmatique en[-]dessus du range thérapeutique. Etes-vous intervenu pour ajuster le traitement antidépresseur et si oui, comment ?*
- 2. Au vu du dosage sanguin très élevé, j'ai de manière rapide proposé à la patiente de diminuer le dosage de l'escitalopram et de passer de 20 mg par jour à 10 mg par jour puis au vu du manque d'efficacité de ce traitement, j'ai récemment introduit de l'efexor ER au dosage de 75 mg.
- *Actuellement quel est le traitement psychotrope de votre patiente et à quel rythme la recevez-vous en consultation ?*
- 3. Actuellement, le traitement psychotrope de la patiente consiste en un traitement d'efexor 150 mg ER. Je vois la patiente en entretien toutes les semaines dans le cadre d'une psychothérapie de type P.I.P.
- *Quel[le] est l'évolution clinique depuis janvier 2016 ?*
- 4. L'état de la patiente est stable.”

Le 6 juin 2017, l'OAI s'est vu remettre deux rapports des 28 mars et 17 mai 2017 de la Dre O._____, spécialiste en psychiatrie et

psychothérapie. Au terme d'un séjour du 28 février au 3 mars 2017 à l'Hôpital psychiatrique de [...], il a été diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2). Le 17 mai 2017, cette médecin psychiatre a exposé qu'avant son hospitalisation, l'assurée présentait une humeur dépressive avec des idées et des actes suicidaires ; il y avait aussi une diminution de l'estime et de la confiance en soi ainsi que des idées de dévalorisation. Il y avait une sévère perturbation du sommeil avec augmentation de la fatigabilité, un alitement sévère, l'assurée passant presque toute la journée alitée, dû à la fatigue et aux douleurs. Il y avait également une diminution de l'intérêt et du plaisir pour des activités habituellement agréables ; l'intéressée racontait que depuis un certain temps elle n'arrivait plus à avoir de plaisir ni à faire des voyages avec la famille. Il y avait par ailleurs un manque de réactivité émotionnelle à des événements habituellement agréables tels qu'être avec les enfants de son mari, ce que l'assurée trouvait maintenant très difficile. Elle rapportait aussi une diminution de la libido. Elle était incapable de poursuivre ses activités ménagères et sociales, ne mangeait plus, ne prenait plus de repas avec la famille, ni avec sa mère, frère et sœur. Ces symptômes avaient persisté durant plus de deux semaines avant le séjour à l'hôpital.

Le 30 décembre 2017, l'OAI a reçu un rapport du 5 décembre 2017 au médecin traitant, dans lequel ses confrères du Service de neurochirurgie au CHUV ont posé le diagnostic principal de dysfonctionnement du neuro-stimulateur. La mise en place d'une électrode épidurale médullaire le 2 novembre 2017 avait apporté une amélioration au niveau de l'irradiation du territoire L3 gauche malgré la persistance des douleurs au niveau lombaire.

b) L'OAI a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire de l'assurée au Centre médical d'expertises J. _____ SA, à [...]. Les Drs C. _____, spécialiste en médecine interne, Z. _____, spécialiste en rhumatologie, et A. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont établi leur rapport le 29 octobre 2018.

Sur la base de leurs examens cliniques des 23 août et 6 septembre 2018, et l'étude du dossier médical mis à leur disposition, ces experts ont posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de lombo-cruralgies gauches chroniques (avec abolition du rotulien gauche sans signe déficitaire, ni amyotrophie, ni lésion de dénervation sur l'ENMG [électro-neuro-myographie]) et status après opération d'hernie discale L3-L4 gauche en 2008 et 2010 et pose d'un neuro-stimulateur en novembre 2010. Ils ont retenu les diagnostics non incapacitants d'obésité modérée (BMI [Body Mass Index] 31,5 kg/m²), troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen (F32.1) et personnalité anxieuse (F60.6). Ils ont constaté une capacité de travail complète de l'expertisée dans une activité qui ne nécessite pas le port de charge supérieure à cinq kilos et permet d'alterner la position assise et la marche ou la station debout, avec une diminution de rendement de 30 % sur le plan rhumatologique en raison d'une certaine difficulté à se mouvoir entraînant un ralentissement dans son activité, la profession habituelle d'assistante administrative étant adaptée aux limitations fonctionnelles. Lors de son évaluation, l'expert A. _____ n'a pas relevé de restrictions fonctionnelles sur le plan psychiatrique.

Faisant siennes les constatations et conclusions de ce rapport d'expertise pluridisciplinaire, le médecin-conseil de l'OAI a évalué la capacité de travail de l'assurée à 70 % dans une activité adaptée dès le 14 janvier 2013, et également dans l'activité usuelle. Les limitations fonctionnelles retenues étaient : activité légère, sédentaire ou semi-sédentaire principalement en position assise, permettant l'alternance des positions, sans manipulations de charges de plus de 5 kilos, sans déplacement en terrain irrégulier, sans travail en hauteur ou sur une échelle, sans travail à genou et/ou en station accroupie, sans position du tronc tenue en porte-à-faux, sans flexions-rotations répétées du tronc, sans gestes demandant de maintenir les mains au-dessus du plan des épaules ni de soulever des charges de plus de 1-2 kilos à bout de bras, sans usage de machine dangereuse et/ou vibrante, activité en milieu tempéré, à heures fixes et répartie sur 5 jours ouvrables (avis des 8 novembre et 4 décembre 2018 du Dr V. _____, du SMR).

c) Selon un « REA – Rapport final » du 28 janvier 2019, aucune mesure professionnelle n'était ouverte en faveur de l'assurée compte tenu de ses douleurs chroniques.

d) Par projet de décision du 19 février 2019, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa nouvelle demande de prestations. Selon ses constatations, en raison de l'aggravation de l'état de santé dès le 14 janvier 2013, l'intéressée bénéficiait d'une capacité de travail de 70 % dans toute activité, y compris celle habituelle d'assistante administrative adaptée à ses limitations fonctionnelles (*activité légère, sédentaire ou semi-sédentaire principalement en position assise, permettant l'alternance des positions, sans manipulations de charges de plus de 5 kilos, sans déplacement en terrain irrégulier, sans travail en hauteur ou sur une échelle, sans travail à genou et/ou en station accroupie, sans position du tronc tenue en porte-à-faux, sans flexions-rotations répétées du tronc, sans gestes demandant de maintenir les mains au-dessus du plan des épaules ni de soulever des charges de plus de 1-2 kilos à bout de bras, sans usage de machine dangereuse et/ou vibrante, activité en milieu tempéré, à heures fixes et répartie sur 5 jours ouvrables*). Le préjudice économique se confondant avec l'incapacité de travail, soit 30 %, le degré d'invalidité inférieur à 40 % n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité. En l'absence de droit à des mesures professionnelles, seule une aide au placement restait ouverte sur demande.

Dans le cadre de la procédure d'audition, l'assurée, désormais assistée de son conseil Me Karim Hichri, a remis à l'OAI les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 23 avril 2019, dans lequel le Dr P._____ a pris position sur le volet psychiatrique du rapport d'expertise pluridisciplinaire de J._____ SA, dont il dit que l'expert psychiatre a très bien décrit le problème psychique de l'assurée ainsi que sa gravité et son caractère

chronique, mais conteste la conclusion d'une pleine capacité de travail. On extrait notamment ce qui suit de ce rapport :

“[...] Nous avons donc à faire selon l'expert à un trouble chronique, difficile à traiter, invalidant car généralement les dépressions moyennes induisent un arrêt de travail à 100% mais ses conclusions aboutissent à la prise de position inverse: la patiente est apte au travail! Les arguments qu'amène mon collègue pour justifier cette prise de position sont très surprenants (p28): la patiente « souhaite s'en sortir » alors qu'il est évident que de guérir une dépression et un trouble de la personnalité n'est pas qu'une affaire de volonté. Il prétend même que la reprise du travail sera thérapeutique et « entraînera une amélioration de facto de son état clinique jusqu'à l'euthymie ». L'expert défend là de manière très affirmative un nouveau type de thérapie de la dépression par le travail. Toutefois, je n'ai pour ma part jamais vu ou entendu parler d'un tel type de thérapie ni de son efficacité. Cela me semble plutôt tenir du « bon coup de pieds dans les fesses » que préconisent souvent les proches de patient[s] dépressif[s] voir[e] certain[s] médecins et qui n'a jamais démontré à ma connaissance son efficacité. Et c'est plutôt ce type d'attitude dure et peu humaine qu'elle a subi durant toute son enfance qui a causé les difficultés de la patiente, ce que l'expert lui-même reconnaît en citant cette « fragilité lié[e] à des traumatismes de l'enfance ».

Plus loin, l'expert semble tableur sur l'introduction d'un antidépresseur pour améliorer la capacité de travail de la patiente. Or Mme S. _____ a déjà bénéficié de trois antidépresseur[s] différents sans amélioration de ses symptômes dépressifs comme cela est cité dans cette expertise : Cipralax, Cymbalta et Eflexor. De plus, on sait que chez les patients souffrant d'un trouble de la personnalité concomitant, les antidépresseurs sont peu efficaces ou ne le sont que transitoirement, la dépression étant souvent en partie en rapport avec ce trouble de la personnalité qui n'est en lui-même pas sensible à ce type de traitement. Là encore, l'expert, qui n'est pas à une contradiction près, le signale comme je l'ai déjà cité plus haut à la page, 27, paragraphe 7.3: « Il est également plausible que l'efficacité thérapeutique médicamenteuse soit moyenne, en raison justement des traits de caractère inaccessible à ce type de thérapeutique ». De plus ces traitements ne sont pas sans effet secondaire. Bien que mon collègue prétende que Mme S. _____ « ne présente aucun effet secondaire en rapport avec un psychotrope », cela est faux: le traitement d'Eflexor que prenait précédemment la patiente a été arrêté en raison de son manque d'efficacité mais aussi surtout en raison des nausées qu'il induisait, ce qui est très courant avec ce genre de traitement. L'expert préconise ensuite l'introduction d'un stabilisateur de l'humeur comme le lithium mais il se trouve qu'il s'agit de traitements très lourds, qui induisent souvent des prises de poids considérables voir[e] des diabètes alors que Mme S. _____ présente déjà un surpoids important. Le lithium en particulier est très toxique et mortel même avec un petit surdosage, ce qui est extrêmement dangereux chez une patiente chroniquement suicidaire. Ce serait prendre beaucoup de risque et aggraver l'état de santé de la patiente pour un résultat probablement très décevant chez cette femme présentant ce

trouble de la personnalité sévère, à nouveau comme le concède mon collègue en fin du paragraphe 7.3 de la page 27.” ;

- un rapport du 7 mai 2019, aux termes duquel le Dr P._____ a évalué la capacité de travail de l'assurée à 20 % en milieu protégé dès février 2019. Depuis le début de son suivi en septembre 2015, ce médecin psychiatre a confirmé que l'assurée présentait une totale incapacité de travail dans une activité professionnelle sur le marché de l'emploi. L'assurée présentait une dépression d'intensité moyenne avec grande fatigabilité, trouble de la concentration, aboulie et asthénie, qui ont pour conséquence de rendre l'initiation des tâches difficiles, d'entraîner de multiples erreurs dans le travail et de la rendre très rapidement fatigable, ce qui lui permettait de travailler durant de très brèves périodes et nuisait fortement à son rendement. Le médecin a ajouté que l'assurée souffrait en outre d'un trouble de la personnalité anxieuse qui rendait les relations professionnelles difficiles et était source d'angoisse et de grande vulnérabilité au stress, de sorte qu'il participait à la fatigabilité importante de l'intéressée.

Le 18 août 2019, l'OAI a recueilli l'avis du Dr V._____ (SMR), dont il ressort ce qui suit :

“Les diagnostics psychiatriques retenus par les experts sont Troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen, F32.1 et Personnalité anxieuse, F60.6. Il s'agit de problèmes similaires/identiques à ceux annoncés par le Dr P._____, psychiatre de notre assurée. Dans ses courriers du 23 avril 2019 et du 7 mai 2019, le Dr P._____ ne décrit aucune modification notable et durable de l'état de santé de sa patiente depuis l'expertise pluridisciplinaire de 2018 mais expose les raisons qui l'ont conduit à apprécier différemment la capacité de travail depuis 2015 : « J'ai donc attentivement lu cette expertise psychiatrique qui décrit très bien le problème psychiatrique de Mme S._____ ainsi que sa gravité et son caractère *chronique* ». Il s'agit donc bien de l'appréciation différente d'une situation similaire.

En tenant compte des jurisprudences en vigueur depuis juin 2015 en matière de maladie psychiatrique [il] convient de maintenir votre position.”

e) Par décision du 21 août 2019, l'OAI a intégralement confirmé la teneur de son projet du 19 février 2019, rejetant la nouvelle

demande de prestations. Dans un courrier du même jour, faisant partie intégrante de sa décision, l'OAI a informé l'avocat de l'assurée que sa contestation n'apportait aucun élément susceptible de modifier sa position, le projet critiqué reposant selon lui « sur une instruction complète sur le plan médical et économique » et étant « conforme en tous points aux dispositions légales ».

D. Par acte de son conseil déposé le 24 septembre 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, S._____ a conclu avec dépens, principalement à l'annulation de la décision précitée et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Subsidiairement, elle a conclu à sa réforme en ce sens qu'une rente entière lui soit octroyée à partir du 1^{er} décembre 2014. La recourante a reproché à l'office intimé d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante du rapport d'expertise pluridisciplinaire d'octobre 2018 en se plaignant de la non-prise en compte des avis divergents des médecins consultés. Ce faisant, elle a contesté la capacité de travail entière, avec baisse de rendement de 30 %, retenue dans toute activité adaptée dont celle habituelle d'assistante administrative. Elle a produit un rapport du 30 août 2019, dans lequel le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a retenu le diagnostic principal de fibromyalgie et celui secondaire de déconditionnement musculaire global (avec syndrome lombo-vertébral et syndrome douloureux de la péri-hanche surtout du côté gauche). Ce rapport se termine comme suit :

“Discussion :

1. Fibromyalgie

- Polyarthro-myalgies diffuses, depuis environ 2010, accompagnées d'une fatigue intense, de troubles du sommeil et d'un ralentissement psychomoteur.
- Pas d'éléments pour un rhumatisme inflammatoire sous-jacent.
- Les douleurs diffus[es] se superposent aux symptômes d'un déconditionnement musculaire global.
- Elle commencera un traitement de groupe pour la fibromyalgie autour de la fin 2019 à l'Hôpital de [...], organisé par le Dr [...].
- Propositions: réduire progressivement la médication, dans la mesure du possible, en particulier le Lyrica le Sirdalud. Mme S._____ présente aussi un état de fatigue intense, favorisé par cette médication.

Poursuite de la physiothérapie de reconditionnement global en piscine, 1x/semaine.
Je déconseille des nouvelles infiltrations au rachis ou à l'épitrôchlée droite.

Au point de vue rhumatologique, pour une profession peu contraignante sur le plan physique comme celle d'employée de commerce, j'estime que Mme S._____ présente des limitations de type pas de position immobile de plus de 30 minutes (nécessité de changer de positions régulièrement), pas de positions en port[e]-à-faux maintenues pour son rachis, pas de port de plus de 10 kg. La capacité de résistance est diminuée en raison de la fatigue chronique secondaire à la fibromyalgie.

2. Syndrome lombo-vertébral, syndrome douloureux de la péri-hanche surtout du côté gauche et douleurs à l'épitrôchlée droite
- Prescrit de la physiothérapie 1x/semaine à sec pour renforcement des quadriceps et étirements de la musculature des fléchisseurs du poignet droit, physiothérapie 1x/semaine en piscine pour renforcement/étirements des fessiers, renforcement de la musculature lombaire et abdominale avec étirements."

Dans sa réponse du 21 novembre 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Produisant un avis du 7 novembre précédant du Dr G._____, médecin auprès du SMR, auquel il se rallie, l'intimé a relevé le caractère probant de l'expertise pluridisciplinaire du J._____ SA, estimant que les critiques de la recourante n'étaient pas de nature à modifier sa position.

Le 16 décembre 2019, en réplique, maintenant ses précédentes conclusions, la recourante a notamment produit un certificat du 21 novembre 2019 du Dr R._____ attestant une capacité de travail nulle dès le 4 janvier 2013 au motif de maladie.

Dans sa duplique du 7 janvier 2020, renvoyant à l'avis du 18 août 2019 du Dr V._____, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée.

E. Par décision du 14 octobre 2019, S._____ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 24 septembre précédant. Elle était exonérée du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'assurance-invalidité, en particulier sur la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire de J. _____ SA et sur l'évaluation de la capacité de travail fixée à 70 % (100 % avec diminution de rendement de 30 %) par l'OAI dans toute activité adaptée, dont celle habituelle d'assistante administrative.

Ce litige s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations, déposée le 26 juin 2014.

En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la demande de prestations déposée par la recourante. Il convient dès lors d'examiner si son état de santé s'est modifié depuis la décision de refus de rente du 18 juillet 2011 entrée en force, dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi de prestations d'assurance.

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

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, 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.

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en

matière sur la nouvelle demande comme en l'espèce, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

d) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

e) aa) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a

d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418) et aux syndromes de dépendance (ATF 145 V 215). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

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

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 l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte

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

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

dd) Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres

rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

f) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

g) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert 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_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

4. a) En l'espèce, l'intimé a fondé la décision litigieuse sur les avis du Dr V. _____ du SMR, lequel s'est basé sur les constatations et conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 29 octobre 2018. L'OAI a ainsi retenu que malgré l'aggravation de son état de santé depuis le 14 janvier 2013, dans la mesure où la recourante présentait une pleine capacité de travail, avec une diminution de rendement de 30 %, dans toute activité adaptée dont celle usuelle d'assistante administrative, elle n'avait pas droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

La recourante conteste disposer d'une capacité de travail telle que prise en compte par l'intimé dans sa décision. Elle fait valoir, pour sa part, que les rapports médicaux de ses médecins traitants valent contre-expertise, notamment sur le volet psychiatrique, justifiant désormais l'octroi en sa faveur de prestations (soit une rente entière depuis le 1^{er} décembre 2014).

b) Le rapport d'expertise pluridisciplinaire confiée au J. _____ SA par l'OAI en octobre 2018 retient les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de lombo-cruralgies gauches chroniques (avec abolition du rotulien gauche sans signe déficitaire, ni amyotrophie ni lésion de dénervation sur l'ENMG [électro-neuro-myographie]) et status après opération d'hernie discale L3-L4 gauche en 2008 et 2010 et pose d'un neuro-stimulateur en novembre 2010. Sans incidence sur la capacité de travail, il a été diagnostiqué une obésité modérée (BMI 31,5 kg/m²), des troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen (F32.1) et une personnalité anxieuse (F60.6). Les experts ont unanimement estimé que la capacité de travail était entière, avec un rendement diminué de 30 % en raison d'une certaine difficulté à se mouvoir entraînant un ralentissement de l'assurée dans son activité, depuis le 14 janvier 2013 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'origine rhumatologique (à savoir, sans port de charge

supérieure à 5 kilos et permettant d'alterner la position assise et la marche ou la station debout).

Afin de conférer pleine valeur probante au rapport d'expertise du 29 octobre 2018 de J._____ SA, il convient de s'assurer que l'expert psychiatre A._____ a dégagé une appréciation concluante de la capacité de travail de la recourante à la lumière des indicateurs déterminants selon la jurisprudence en matière de troubles psychiques (ATF 141 V 281 et ATF 143 V 418).

aa) On observera tout d'abord que les diagnostics ont été posés en référence à la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) et au Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR), à la lumière des éléments cliniques constatés.

bb) Pour déterminer les ressources, l'expert psychiatre a procédé à l'analyse globale suivante :

“7.1. Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assuré, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle

Il s'agit d'une personne qui a vécu des traumatismes dans son enfance avec une mère décrite comme humiliante, et un père abandonnique. Il existe une carence éducative avec une négligence. Elle décrit également des agressions sexuelles. Venue en Suisse avec un espoir de changement, elle a réussi à se construire d'un point de vue professionnel. Néanmoins, des difficultés somatiques ont entraîné un échec, avec un sentiment de désespoir, et une baisse d'estime d'elle-même. Les rapports aux autres se limitent à sa famille proche. Elle garde des symptômes faisant évoquer le diagnostic de syndrome dépressif moyen. Elle a présenté des périodes d'utilisation nocive d'alcool, de courte durée, en rapport avec un sentiment d'échec. Elle a également présenté des mécanismes de vérification et d'évitement, faisant suite à des événements traumatiques. Son traitement, à base d'antidépresseurs et de suivi psychothérapeutique, a permis une amélioration clinique légère. Depuis, son psychiatre a stoppé son traitement, et souhaite poursuivre une psychothérapie pour traiter essentiellement des traits de caractère pathologique.”

“7.2 Evaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison

Madame S._____ bénéficie d'un suivi auprès d'un médecin psychiatre, et d'un traitement adapté. Néanmoins il existe des signes cliniques de dépression encore importants. Elle a bénéficié de

deux hospitalisations en psychiatrie faisant suite à des idées suicidaires. Elle bénéficie également d'une hospitalisation de jours dans le cadre, selon elle, d'une réadaptation psychosociale, où une psycho éducation concernant l'alcool lui a été prodigué[e]. Cette hospitalisation a permis un arrêt des consommations en alcool. Le traitement antidépresseur à dose efficace, à savoir Eflexor, a été diminué progressivement jusqu'à l'arrêt. Son psychiatre traitant souhaite traiter en psychothérapie les aspects de personnalité défaillant. Nous pensons qu'il est souhaitable qu'elle puisse bénéficier d'un traitement d'un antidépresseur à vie, car elle a présenté plusieurs épisodes dépressifs, et les traits de caractère pathologique la fragilisent dans des situations socioprofessionnelles complexes. Un régulateur d'humeur doit être proposé en cas d'échec des thérapeutiques anti-dépressive, car elle a présenté plusieurs épisodes dépressifs majeurs."

"7.3. Evaluation de la cohérence et de la plausibilité

Il existe une cohérence dans la description clinique puisque l'expertisée présente une fatigabilité liée à des traumatismes dans son enfance. Elle garde donc des éléments phobiques avec une inquiétude concernant son avenir. Elle n'a pas été sécurisée dans son enfance. Cette situation dépasse ses moyens de défense, et il est normal qu'elle présente des symptômes dépressifs. L'expression de l'intensité des éléments dépressifs est plausible, avec des périodes plus compliquées que d'autres, en fonction des événements vécus. Son inquiétude est d'être abandonnée, ou de subir de nouvelles agressions. Toutes les situations qui ont entraîné ce type de ressenti, comme la perte de son travail, des difficultés rencontrées au sein de son couple, une agression verbale, ont entraîné une rechute dépressive, avec des éléments anxiogènes majeurs, entraînant eux-mêmes des idées suicidaires transitoires. La consommation d'alcool est classique dans le type de personnalité présentée par l'expertisée, pour lutter contre l'anxiété et l'abandon. Néanmoins, Madame est intelligent[e] et a compris la nécessité de stopper les consommations qui aggravent en réalité son anxiété. Il est également plausible que l'efficacité thérapeutique médicamenteuse soit moyenne, en raison justement des traits de caractère inaccessible à [tout] type de thérapeutique. La psychothérapie sera longue car il est très difficile de changer des traits de caractère [d']une personnalité."

"7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Madame S. _____ présente de bonne[s] capacité[s] intellectuelle[s], et des ressources psychologiques, qui lui ont permis de trouver un travail, et de réussir d'un point de vue familiale, malgré les traumatismes anciens. Elle a également stoppé sa consommation d'alcool. Elle bénéficie d'une expérience professionnelle intéressante. Néanmoins, elle est fragilisée, et son incapacité à pouvoir retrouver un travail a réactivé des peurs anciennes. Elle est angoissée à l'idée de ne pas être à la hauteur professionnellement, et familialement. Elle accepte le suivi.

Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

La capacité de travail exercée jusqu'ici est de 100%, car elle présente un épisode dépressif d'intensité moyenne. Elle a de

bonne[s] capacité[s], et souhaite s'en sortir. Son traitement médical peut être optimisé, et il faut laisser du temps à son psychiatre pour lui permettre d'améliorer ses schémas de pensée. Il existe donc une possibilité d'amélioration importante.

Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré

La capacité correspondant aux aptitudes de l'expertisée est également de 100 % pour les mêmes raisons. Elle pourra travailler dans le futur à taux plein, avec un rendement à 100 %. L'amélioration de sa situation socioprofessionnelle entraînera une amélioration de facto de son état clinique jusqu'à euthymie.

Mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail

Madame S. _____ ne bénéficie plus de traitement antidépresseur. Elle ne présente aucun effet secondaire en rapport avec un psychotrope. Il n'y a donc aucune limitation de la capacité de travail en rapport avec les traitements psychiatriques. Il nous paraît souhaitable qu'elle puisse bénéficier d'une ré-introduction d'un traitement antidépresseur, d'une classe thérapeutique différente, car la précédente était à dose efficace et est peu efficiente. En cas d'échec, la mise en place d'un traitement régulateur d'humeur, tels que du lithium, peut être envisagé, car il a une indication de troubles dépressifs récurrents résistant. Dans tous les cas, il faut poursuivre la psychothérapie essentielle chez l'expertisée qui présente des traits de caractère favorisant l'échec des thérapeutiques (sic) usuels"

Selon la jurisprudence, il s'agit d'évaluer les capacités fonctionnelles de la personne concernée à la lumière des indicateurs pertinents, dans une analyse axée sur les ressources et les déficits fonctionnels découlant d'une atteinte à la santé. Dans le cadre de cette analyse, les indicateurs relatifs au degré de gravité fonctionnel permettent de faire certaines constatations qui doivent être confrontées aux indicateurs relatifs à la cohérence.

Concernant le degré de gravité fonctionnel des troubles, l'expert psychiatre n'a constaté ni la présence ni l'absence de manifestations concrètes des atteintes à la santé sur les activités de l'assurée. Il a simplement relevé l'intensité moyenne de l'épisode dépressif et en a déduit que la capacité de travail était entière. Il n'a pas fait mention, au moment d'examiner la gravité fonctionnelle des troubles, du trouble de la personnalité anxieuse (F60.6) dont on ignore quels en sont les effets sur la capacité de travail faute d'indications. Il a relevé que

les traits de caractère pathologique fragilisaient la recourante dans des situations socioprofessionnelles complexes sans définir précisément la gravité de ses effets sur les capacités fonctionnelles. Les limitations fonctionnelles décrites dans l'examen neuropsychologique de juin 2016 ne sont pas discutées, ni celles relevées par le psychiatre traitant. On ignore ainsi pour quels motifs l'expert psychiatre a conclu à l'absence de limitations fonctionnelles.

En outre, le succès du traitement ou la résistance au traitement sont d'importants indicateurs du degré de gravité. S'agissant du traitement thérapeutique, l'assurée a déjà bénéficié de trois antidépresseurs différents (Cipralex®, Cymbalta® et Efexor®) sans amélioration de ses symptômes dépressifs comme l'a relevé l'expert lui-même. Il n'explique cependant pas comment il arrive à la conclusion que le traitement médical peut être optimisé avec une possibilité d'amélioration importante. En outre, l'expert est favorable à l'introduction d'un régulateur d'humeur. Or, de l'avis du psychiatre traitant ce « serait prendre beaucoup de risque et aggraver l'état de santé de la patiente pour un résultat probablement très décevant chez cette femme » (rapport du 23 avril 2019 du Dr P._____). Dès lors que l'expert ne donne aucune explication autorisant de s'écarter de cet avis divergent, il existe un doute sur le fait que les troubles concernés puissent encore être traités et quant à l'issue d'une éventuelle nouvelle prise en charge thérapeutique et médicamenteuse. Le pronostic optimiste de l'expert n'est ainsi pas suffisamment étayé, compte tenu des antécédents de l'assurée et de l'avis divergent et circonstancié de son psychiatre traitant. Dans ce contexte, il paraît difficile de retenir le succès éventuel d'un traitement en termes de ressources.

D'ailleurs, l'examen des ressources personnelles à disposition de la recourante est lacunaire et se réfère à des événements qui ne sont plus actuels. Les ressources qui lui ont permis de trouver un travail à l'automne 2007 et réussir sur le plan familial sont relativement anciennes ; dans l'intervalle elle a été dans l'incapacité de retrouver un emploi et a débuté un suivi psychiatrique régulier (à savoir, un suivi de soutien

hebdomadaire ainsi qu'un traitement médicamenteux ; cf. rapports des 19 janvier et 22 novembre 2016 du Dr P._____). L'expert a relevé que l'assurée était fragilisée et que son incapacité à retrouver un emploi avait réactivé des peurs anciennes, qu'elle était angoissée à l'idée de ne pas être à la hauteur et que des difficultés somatiques avaient entraîné un échec avec un sentiment de désespoir et une baisse d'estime d'elle-même, mais il n'a pas tiré de conclusions en termes de ressources mobilisables actuelles et n'a pas précisé quels effets ses traits de la personnalité avaient sur ses capacités fonctionnelles. Les ressources personnelles de la recourante paraissent ainsi diminuées sans que l'on puisse déterminer dans quelle mesure et quelles sont ses ressources résiduelles.

Pour ce qui concerne le contexte social, l'expert a retenu que l'assurée entretenait des contacts uniquement avec les membres de sa famille (à savoir, son mari et les enfants de celui-ci, ce qui est confirmé par les rapports des 28 mars et 17 mai 2017 de la Dre O._____) et qu'elle n'avait pas ou peu d'activités sociales. Peu de ressources mobilisables semblent ainsi pouvoir être tirées du contexte de vie de la recourante. Il n'est en effet pas vraiment examiné, voir pas déterminé, qu'elle soit en mesure d'obtenir du soutien de son réseau social.

Dans ces conditions, il n'est pas possible de déterminer si les ressources mobilisables sont suffisantes pour faire face aux déficits fonctionnels, lesquels ne sont pas clairement discutés. Par ailleurs, l'affirmation selon laquelle « elle pourra travailler dans le futur à taux plein, avec un rendement à 100% » n'est pas convaincante. Si cette remarque repose sur les bienfaits escomptés du traitement, cette appréciation est douteuse, comme on l'a vu plus haut. Si elle se réfère à une « amélioration de sa situation socioprofessionnelle », on ne voit pas quelles ressources pourraient lui permettre une telle amélioration car l'expert ne les décrit pas.

cc) Concernant l'examen de la cohérence, l'expert psychiatre a indiqué qu'il existait une cohérence dans la description clinique mais n'a

pas examiné la cohérence entre le degré de gravité des atteintes et leur répercussion dans les différents domaines de la vie alors même que cela est particulièrement pertinent dans les cas de troubles psychiques afin de parvenir à une appréciation globale des limitations fonctionnelles selon la jurisprudence (cf. consid. 3e/cc supra).

dd) Il s'ensuit que l'expert n'a pas procédé à une appréciation pondérée des différents indicateurs entrant en considération (cf. consid. 3e supra). Or cet examen est indispensable, d'autant plus que les conclusions entre l'expert et le psychiatre traitant - lequel évalue la capacité de travail à 20 % en milieu protégé avec une totale incapacité de travail dans une activité professionnelle non protégée (rapport du 7 mai 2019 du Dr P._____) - diffèrent quant à l'incidence des troubles sur la capacité de travail et ne permettent pas une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (cf. consid. 3e/dd supra).

De son côté, le médecin-conseil de l'OAI, se limite à indiquer qu'« en tenant compte des jurisprudences en vigueur depuis juin 2015 en matière de maladie psychiatrique [il] convient de maintenir votre position » (avis du 18 août 2019 du Dr V.______). N'examinant toutefois pas les indicateurs posés par cette jurisprudence et faute de motivation médicale suffisante, son point de vue n'est pas pertinent.

Outre les carences relevées, il convient de constater que l'expertise pluridisciplinaire d'octobre 2018 n'examine pas l'existence d'une éventuelle fibromyalgie pourtant suspectée par les médecins traitants. Posant les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombo-pygalgies gauches avec cruralgies (avec dysfonction D12/L1 et déconditionnement physique), état anxio-dépressif réactionnel et fibromyalgie, le Dr H._____ est en effet d'avis que les douleurs chroniques s'inscrivent plus dans le cadre d'une fibromyalgie que d'un problème purement rhumatismal (17 points de fibromyalgie sur 18 avec jumps-signs ; rapports des 12 février et 26 mars 2015). Ce point de vue est confirmé par le Dr L._____ qui a retenu le diagnostic principal de fibromyalgie et celui secondaire de déconditionnement musculaire global

(avec syndrome lombo-vertébral et syndrome douloureux de la péri-hanche surtout du côté gauche). Si les limitations fonctionnelles sont comparables à celles retenues dans l'expertise, dans l'exercice d'une profession peu contraignante sur le plan physique comme celle d'employée de commerce, ce rhumatologue fait part d'une capacité de résistance diminuée en raison de la fatigue chronique secondaire à la fibromyalgie. Il informe en outre du début d'un traitement de groupe pour la fibromyalgie autour de la fin 2019 à l'Hôpital de [...] (rapport du 30 août 2019).

c) Compte tenu de tout ce qui précède, non seulement il existe des éléments permettant de remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 29 octobre 2018 de J. _____ SA, mais encore les éléments recueillis sont insuffisants pour se prononcer à l'aune de la jurisprudence. Les faits pertinents n'ont ainsi pas été constatés de manière complète. L'état de santé de la recourante et les conséquences de l'aggravation de son état de santé depuis le 14 janvier 2013 sur sa capacité de travail (et de gain) n'ont pas pu être établis de manière probante. Compte tenu de ces carences, il convient d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera à l'intimé de compléter l'instruction médicale en mettant en œuvre une nouvelle expertise (à tout le moins rhumatologique et psychiatrique) conformément à l'art. 44 LPGA dont le volet psychiatrique devra satisfaire en particulier aux standards requis par la jurisprudence en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles psychiques, avant de statuer sur le droit aux prestations. L'OAI veillera ainsi à ce que la nouvelle expertise soit complète et, en cas de besoin, devra requérir les compléments nécessaires avant de rendre une nouvelle décision.

5. a) En conséquence, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI afin qu'il en complète

l'instruction dans le sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 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 mettre à la charge de 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 21 août 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour qu'il procède au sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à S. _____ 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 :

- S. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :