

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 février 2014

Présidence de M. NEU
Juges : M. Merz et Mme Dessaux
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

M. _____, à Clarens, recourante, représentée par Me Jean de Gautard,
avocat à Vevey,

et

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

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

E n f a i t :

A. Née en 1963, M. _____ est mariée et mère de trois enfants respectivement nés en 1986, 1987 et 1989. Après trois années d'études de chimie à Pristina, elle est arrivée en Suisse en 1986. Travaillant à domicile pour une entreprise de produits dentaires, accessoirement comme distributrice de journaux publicitaires, elle a été victime, dans le cadre de cette dernière activité, d'un accident de travail survenu le 24 janvier 2005. A cette occasion, elle s'est fracturé le poignet gauche, en glissant sur du verglas. Gauchère, elle a été mise en incapacité de travail totale depuis ce jour et a bénéficié d'indemnités journalières servies par l'assurance-accident (B. _____).

Dans un rapport du 12 juillet 2005, le Dr Z. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique mandaté par l'assureur-accident précité, a diagnostiqué « une impotence fonctionnelle douloureuse avec consolidation vicieuse du radius distal, une probable neuropathie médiane et/ou cubitale post-traumatique du poignet gauche ainsi qu'un status après fracture déplacée de type Pouteau-Colles du poignet gauche, le 24 janvier 2005, traitée conservativement ».

B. Le 2 décembre 2005, M. _____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à l'octroi d'une rente.

Répondant à un questionnaire de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) du 16 décembre 2005, le Dr W. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a rendu compte d'un état stationnaire, avec douleurs continues au membre supérieur gauche (MSG) justifiant une incapacité de travail totale. Pour le surplus, il a renvoyé l'OAI à l'avis du Dr Z. _____.

Dans le questionnaire rempli le 26 décembre 2005 à l'attention de l'AI, l'intéressée a répondu qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100

%, par nécessité financière, ce qu'elle fera valoir par la suite de manière constante.

Le rapport adressé le 12 janvier 2006 par le Dr W. _____ à l'OAI conclut à une incapacité de travail totale, même dans une activité adaptée, l'intéressée étant décrite comme incapable de tout effort physique substantiel.

Dans son rapport du 18 janvier 2006, le Dr U. _____, médecin traitant généraliste, indique que l'intéressée souffre depuis plusieurs années de cervicalgies, de lombalgies chroniques, de talalgie bilatérale et de fibromyalgie.

Du rapport adressé le 20 janvier 2006 par le Dr Z. _____ à B. _____, il ressort que la scintigraphie osseuse du mois de juillet 2005 a montré la présence d'une algoneurodystrophie de Südeck active. Ce médecin explique que la mobilité du poignet s'est améliorée de manière significative, mais que les douleurs ainsi que la faiblesse de celui-ci persistent de manière inchangée. L'incapacité de travail reste totale et le pronostic quant à la reprise d'un travail est réservé, une reconversion professionnelle s'avérant nécessaire en l'absence d'amélioration.

Dans un rapport du 21 juillet 2006 à B. _____, le Dr Z. _____ précise que les plaintes de l'assurée demeurent inchangées depuis le dernier examen médical du 13 janvier 2006, que les séquelles du poignet sont vraisemblablement définitives et qu'une reconversion professionnelle est souhaitable dans une activité légère de type industriel, nécessitant principalement l'utilisation de la main droite, avec laquelle elle écrit, ceci à un taux exigible d'au moins 50 pour-cent.

Par certificat du 29 janvier 2007, le Dr W. _____ atteste d'une incapacité totale de travail du 24 janvier 2005 au 28 février 2007.

L'examen bidisciplinaire effectué le 13 novembre 2006 par le Service médical régional AI (ci-après: le SMR) a donné lieu à un rapport

établi le 13 février 2007 par le Dr T._____, orthopédiste et traumatologue FMH, et les médecins psychiatres F._____ et O._____. Il en ressort en substance ce qui suit:

- les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail sont, d'une part, des séquelles d'une maladie de Südeck au membre supérieur gauche (MSG) - lequel présente des douleurs constantes et dont l'amélioration notable est peu probable -, d'autre part des talalgies bilatérales et des cervicalgies chroniques. En revanche, aucun diagnostic sur le plan psychiatrique n'est réputé avoir de répercussion sur la capacité de travail. A ce sujet, l'assurée décrit une irritabilité due à ses problèmes somatiques, humeur toutefois qualifiée de fluctuante, avec laquelle l'intéressée parvient « à faire avec »;

- les limitations fonctionnelles sont ostéoarticulaires et l'assurée réputée pouvoir exercer toute activité mono-manuelle avec son membre supérieur droit (MSD). La main et le poignet gauche ne peuvent être utilisés que pour les gestes d'appoint, sans port de charge. En outre, elle doit éviter les longues marches à pied en raison de ses talalgies;

- la capacité de travail exigible sur le plan psychiatrique est de 100 %; elle est nulle dans l'activité habituelle sur le plan ostéoarticulaire, mais de 100 % dans une activité mono-manuelle adaptée, ce dès le 1^{er} février 2006.

Un rapport du SMR du 19 mars 2007 établi par le Dr Q._____ confirme que la capacité de travail de l'assurée est entière dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles.

Le rapport initial de la division administrative de l'OAI du 18 juin 2007 mentionne que proposition a été faite à l'assurée de bénéficier de l'aide au placement, le préjudice subi ne lui ouvrant pas de droit à des mesures professionnelles en raison des faibles revenus réalisés avant la survenance de l'invalidité.

Dans un projet de décision du 27 juin 2007, l'OAI, en se fondant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), a retenu un revenu sans invalidité de 49'659 fr. et un revenu d'invalidité de 44'693 fr., avec un abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles, soit un préjudice économique excluant le droit à une rente.

C. Lors d'un entretien en vue de placement ayant fait l'objet d'un rapport établi le 3 juillet 2007 par la responsable R._____, l'assurée a déclaré vouloir travailler, mais précisé ne pouvoir s'imaginer une activité qui pourrait convenir à son état de santé. A cette occasion, l'intéressée s'est vue offrir une aide pour la recherche d'une activité adaptée et a été rendue attentive à la future décision de refus d'octroi de la rente par B._____, ainsi qu'à l'allocation d'une indemnité unique pour atteinte à l'intégrité d'un montant de 10'680 francs. L'OAI s'est en outre tenu à disposition de l'assurée pour entreprendre les démarches utiles à l'obtention de l'indemnité de chômage, compte tenu du prochain terme porté par B._____ au versement des indemnités journalières. Par décision du 28 juin 2007 déjà communiquée à l'OAI, B._____ avait en effet nié tout droit à une rente d'invalidité en se fondant sur la capacité de travail exigible telle que retenue par les médecins du SMR. Cet assureur avait pris en compte un salaire sans invalidité de 47'628 fr., valeur 2004, et un revenu d'invalidité de 46'600 fr., comprenant un abattement de 5 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assurée. La différence entre ces deux montants correspondant à un taux d'invalidité de 2,16 %, le droit à une rente avait été nié.

Dans un rapport intermédiaire établi le 26 juillet 2007, la responsable de l'aide au placement précitée a relevé qu'une mesure d'orientation – ceci au sens de l'art. 15 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) – s'avérait indispensable afin de définir les types de postes que l'intéressée pourrait occuper, celle-ci ne pouvant exercer qu'une activité mono-manuelle et non qualifiée. La mise en œuvre d'un stage de deux semaines en entreprise a été proposée.

Par décision du 3 août 2007, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à des mesures professionnelles. Celles-ci devaient avoir pour but, d'une part de circonscrire le type d'activité mono-manuelle qui pouvait être envisagée, d'autre part de s'assurer du caractère adéquat d'un tel travail au regard des limitations fonctionnelles et de la problématique du rendement au travail. Un stage dans l'entreprise A._____ SA, à H._____, a été mis en place du 3 au 16 septembre 2007. Celui-ci a toutefois été écourté en raison des douleurs présentées par l'intéressée.

Par décision du 5 septembre 2007 fondée sur un degré d'invalidité fixé à 10 pour-cent, l'OAI a confirmé son précédent refus du droit à une rente et renvoyé le dossier de l'assurée à son service de réadaptation pour l'examen de mesures de placement.

D. Statuant par jugement du 15 avril 2008, le Tribunal des assurances du canton de Vaud (depuis le 1^{er} janvier 2009: Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud) a admis le recours formé par M._____ contre cette décision (cause AI 376/07). Prononçant l'annulation de cette dernière, il a en substance considéré que le rapport du SMR du 13 février 2007 ne satisfaisait pas aux exigences posées par la jurisprudence en matière de preuve, si bien que le refus du droit à une rente s'avérait à tout le moins prématuré. Il a donc renvoyé le dossier de la cause à l'OAI afin qu'il procède à une nouvelle expertise sur le plan médical puis statue à nouveau. L'OAI devait également examiner l'opportunité de mesures professionnelles, afin de pouvoir apprécier correctement la capacité de travail et de gain de la recourante dans une activité adaptée.

Obtempérant à l'injonction du tribunal, l'OAI a confié au Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, le soin de procéder à l'expertise de la recourante. Dans son rapport du 12 décembre 2008, il a retenu les diagnostics orthopédiques suivants: « status bientôt quatre ans après fracture type Pouteau-Colles (ou Frykman I) du radius distal gauche, traitée conservativement, consolidée en position vicieuse; syndrome algo-neuro-dystrophique secondaire du poignet et de la main

gauches, traité lege artis; status 17 ans après fracture type Frykman II du radius distal droit, ostéosynthésée, consolidée en position proche de la norme; discopathie modérée C5-6; surcharge chronique de l'aponévrose plantaire, bilatérale ». Il s'est exprimé en ces termes sous l'intitulé « appréciation du cas »:

« L'essentiel de l'histoire de cette patiente a été égayé plus haut.

En 1991, elle fut donc victime d'une fracture Frykman II de son poignet droit, ostéosynthésée. L'évolution fut favorable. Il en résulte un radius distal ayant une anatomie proche de la norme. Ceci dans le cadre d'une très probable variante "plus" du cubitus.

Cette lésion n'a pas empêché la patiente d'œuvrer normalement, tant pour les AVQ [activités de la vie quotidienne, réd.] que pour les activités professionnelles, parfois soutenues. Elle a pu faire un travail à domicile pour [le] conditionnement de produits dentaires, la distribution de journaux, et a tenu une épicerie pendant quelques années.

Le 24 janvier 2005, elle a subi une fracture Frykman I de son poignet gauche, traitée cette fois conservativement. Elle [l']a consolidée dans les temps, laissant un cal vicieux, avec perte de la moitié de la pente palmaire, ainsi que de la bascule palmaire de l'épiphyse radiale.

Sans autre complication, et compte tenu de l'architecture finale du radius distal gauche, on peut s'attendre à quelques séquelles fonctionnelles durables. Il s'agit, pour l'essentiel, d'une perte de la force de préhension, qui ne devrait toutefois pas dépasser le quart de la force usuellement admissible. En outre, la perte modeste de la mobilité en Flexion/extension du poignet peut générer une gêne lors de gestes précis (tel tenir un plateau de service). Enfin, on peut supputer une certaine baisse de la tolérance pour les charges portées, limitées par ex. à 5kg pour la main gauche, mais avec un port de charges bi-manuel proche de la norme. En revanche, les gestes digitaux fins ne devraient pas être significativement altérés.

En cours d'évolution, Mme M. _____ a présenté un état algo-neuro-dystrophique limité au poignet gauche (à en croire la scintigraphie du 12 juillet 2005).

Actuellement, on ne détecte pas de séquelle objective significative de ce Südeck. La limitation modeste des amplitudes articulaires du poignet gauche rentre parfaitement dans le cadre des séquelles anatomiques osseuses. Peut-être que la modeste perte de l'opposition du pouce est secondaire à une rétraction tissulaire post-Südeck. Elle ne devrait toutefois pas générer de gêne supplémentaire importante. En revanche, la trophicité musculaire régionale est rétablie. Idem pour la trophicité globale de la main. Enfin, l'image scintigraphique est on ne peut plus rassurante.

Aussi, l'exigibilité énoncée plus haut reste inchangée.

Ceci étant, on ne peut que rester songeur face à un tableau objectif plutôt rassurant, alors que le tableau subjectif est mauvais.

L'absence actuelle de troubles neurologiques objectivables significatifs n'explique pas la position adoptée pour ce membre supérieur. Par ailleurs, l'absence de troubles trophiques résiduels tout aussi significatifs, témoigne d'une utilisation adéquate de ce membre. Pour conforter cette hypothèse, on peut y inclure l'image radiologique standard, qui montre une architecture trabéculaire physiologique du poignet et de la main gauches, élément parlant aussi contre un phénomène d'épargne chronique.

Le tout, en présence d'éléments de non organicité, et ceci de manière floride, c'est-à-dire une hypersensibilité au toucher, une résistance active régulière, une perte anormale de la force de préhension, en l'absence de troubles neurologiques ou orthopédiques probants, d'un sentiment de membre fantôme, etc.

Aussi, je n'ai pas d'argument orthopédique pouvant rendre compte de l'essentiel du tableau subjectif.

Je m'étonne par ailleurs du fait que cette patiente qui décrit des souffrances marquées, mais ne montre pas une mimique allant dans ce sens. Plus encore, la prise régulière d'antalgiques et d'AINS alléguée ne se confirme pas dans les dosages pratiqués ce jour.

Ces éléments, conjointement à l'attitude adoptée par la patiente avec son membre supérieur gauche (en quasi-plégie), correspondraient-ils à une mise en scène?

Aussi, en tenant compte des éléments objectifs et, de séquelles fonctionnelles communément admissibles, compte tenu du résultat anatomique actuel du poignet gauche, cette patiente paraît parfaitement apte à oeuvrer dans une activité adaptée, avec un plein rendement.

Une activité de bureautique, d'informatique, de surveillance, de gestion de commandes, de téléphoniste, de réceptionniste, de micro-technique, ou encore une place sur une chaîne de montage, maniant des objets légers, paraît réalisable.

Une capacité similaire est exigible pour l'activité de conditionnement de produits dentaires, sous entendu que la patiente ne porte pas de charges lourdes.

En revanche, la distribution de journaux n'est plus exigible, cette activité impliquant souvent le port de charges semi-lourdes ou lourdes, et à répétition. Il en est de même pour l'activité de tenancière d'une épicerie, souvent appelée à porter des cartons de produits alimentaires. Pour cette dernière activité, une CT résiduelle de 50% est discutable (travail à la caisse, rangement de produits légers, etc).

Compte tenu de cet état subjectif précaire, je n'ai bien évidemment aucun traitement orthopédique complémentaire à proposer (tel que celui préconisé par le Dr Z. _____), visant la récupération, du moins

partielle, du déficit fonctionnel communément admis. En effet, il y a clairement un risque de péjoration des plaintes extra-anatomiques en cas de geste thérapeutique agressif.

L'exigibilité énoncée plus haut ne doit pas se modifier en raison des cervicalgies alléguées, imputables à une discopathie C5-6 banale pour l'âge, et sans troubles neurologiques périphériques significatifs. Ce d'autant plus que, le récent traitement (infiltration) fut bénéfique, le status objectif de ce segment rachidien étant rassurant.

Il en est de même pour les talalgies bilatérales, s'inscrivant dans le cadre d'une surcharge chronique de l'aponévrose plantaire. Elles peuvent être palliées par le port de talonnettes type viscoheel, ou encore par des supports moulés, avec évidemment talonnier. »

Répondant aux questions posées par l'administration, l'expert a conclu que l'assurée présentait une capacité de travail complète dans une activité respectueuse des limitations fonctionnelles retenues (port de charges n'excédant pas 5 kg avec la main gauche et force de préhension de la main gauche limitée à 25% au maximum), telle que le conditionnement de produits dentaires à domicile. Cette activité était exigible dès la date du rapport d'expertise, voire depuis le mois d'octobre 2007, date de la dernière appréciation médicale (examen neurologique réalisé par le Dr X._____, spécialiste en neurologie, en date du 9 octobre 2007). Une scintigraphie osseuse du poignet gauche du 18 décembre 2008 faisait état d'altérations d'origine simplement dégénérative.

S'exprimant à propos du rapport d'expertise du Dr P._____, le Dr Q._____ a relevé ce qui suit dans un avis médical du 2 mars 2009:

« [...] L'expert conclut à une limitation modérée des amplitudes articulaires du poignet gauche et à une modeste perte de l'opposition du pouce. Il n'y a pas d'atteinte neurologique. L'aspect scintigraphique est rassurant. On ne peut que constater une discordance nette entre les plaintes alléguées, et les limitations objectives. On note certains signes de non organicité. L'absence de troubles trophiques contraste singulièrement avec l'apparence plégique du membre supérieur gauche. Il est établi que l'assurée ne prend pas les antalgiques / anti-inflammatoires qu'elle annonce.

Au vu de ce qui précède, l'expert conclut que l'assurée est parfaitement apte à exercer une activité adaptée sans diminution de rendement, par exemple dans le domaine de la bureautique ou de l'administration, une activité de montage légère ou de conditionnement de produits médico-dentaires. La distribution de journaux n'est plus exigible. Celle de tenancière d'une petite

épicerie ne l'est que partiellement (50%) en raison de la nécessité de porter des charges lourdes.

[...]

L'expert estime que l'assurée a retrouvé une pleine capacité depuis octobre 2007 (dernière appréciation médicale). Pour notre part, nous disons que l'exigibilité remonte au moins au 13.11.2006, date de l'examen au SMR, dans la mesure où la date retenue par le Dr T._____ a été récusée par le Tribunal. »

Le 2 septembre 2009, l'OAI a rendu un projet d'acceptation de rente, annulant et remplaçant sa décision du 5 septembre 2007. Il a constaté que la capacité de travail de la recourante était considérablement restreinte depuis le 24 janvier 2005 (début du délai d'attente d'un an). Conformément au jugement rendu le 15 avril 2008 par le Tribunal des assurances, il a rappelé avoir procédé à un complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale confiée au Dr P._____. Dans son rapport du 12 décembre 2008, celui-ci a conclu que la capacité de travail de la recourante était nulle dans les activités de livreuse de journaux et de conditionnement de produits médico-dentaires depuis le 24 janvier 2005, mais qu'elle était en revanche entière dès le mois d'octobre 2007 dans une profession respectueuse des limitations fonctionnelles décrites, y compris le conditionnement de produits dentaires à domicile. S'avisant que la recourante n'avait pas repris d'activité professionnelle, l'OAI s'est fondé sur les salaires statistiques de l'année 2006 pour calculer le taux d'invalidité. Il a retenu un revenu sans invalidité de 50'278 fr. après adaptation à la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises suisses en 2006. Comparé à un salaire d'invalidé de 45'249 fr. 90 - après abattement de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles -, la perte de gain était de 5'028 fr. 10, d'où un taux d'invalidité de 10%. L'OAI a ainsi accordé à la recourante le droit à une rente entière dès le 1^{er} janvier 2006, soit à l'échéance du délai d'attente d'une année. La capacité de travail de l'intéressée pouvant cependant être considérée comme entière tant dans une activité adaptée que dans celle consistant dans le conditionnement de produits médico-dentaires à domicile dès le 1^{er} octobre 2007, la rente était supprimée avec effet au 1^{er} janvier 2008, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé.

Le 5 février 2010, l'OAI a rendu une décision formelle allouant à la recourante une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2007. Sa motivation était identique en tous points à celle du préavis.

E. Par acte du 25 février 2010, M. _____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre cette décision, en concluant avec suite de frais et dépens à son annulation et à ce qu'une nouvelle décision soit rendue « sur la base d'une nouvelle évaluation comprenant ou non de nouvelles expertises médicales ». Pour l'essentiel, la recourante s'en prend à l'expertise du Dr P. _____ et conteste pouvoir utiliser son membre supérieur gauche dans une activité adaptée avec un plein rendement. Elle relève que son bras la fait souffrir en permanence, ce qui nécessite la prise quotidienne d'antalgiques et d'anti-inflammatoires. En outre, contrairement aux médecins du SMR, le Dr P. _____ n'aurait pas expliqué en quoi la maladie de Südeck serait à l'origine de son incapacité de travail. La recourante reproche enfin à l'OAI de ne pas avoir examiné l'opportunité de mesures professionnelles en vue de déterminer des activités qui lui seraient accessibles, compte tenu de son âge, de ses limitations fonctionnelles et de ses capacités intellectuelles. Il n'existe en effet à ses yeux pas d'employeur susceptible de lui proposer un travail pouvant être exécuté avec un seul bras ou une seule main.

Dans sa réponse du 21 avril 2010, l'OAI explique que l'expertise du Dr P. _____ va plus loin que les examinateurs du SMR car il ne considère pas la recourante comme une « monomanuelle ». Il met en exergue diverses contradictions, notamment l'importance des plaintes au regard de l'absence de troubles neurologiques ou orthopédiques probants ou le fait que les médicaments que la recourante prétend prendre régulièrement ne se retrouvent pas dans les dosages médicamenteux réalisés dans le cadre de cette expertise. En outre, différents examens clinique et radiologique révèlent la présence de nombreux signes de non-organicité ainsi que l'absence de troubles trophiques significatifs. Dès lors,

en l'absence de rapport médical faisant état d'éléments qui auraient été ignorés par le Dr P._____, l'OAI estime que son expertise revêt une valeur probante suffisante pour en admettre les conclusions. S'agissant de la comparaison des gains, l'intimé rappelle qu'il est possible de se fonder sur les salaires statistiques pour déterminer le degré d'invalidité lorsque l'assuré - comme c'est le cas en l'espèce - n'a pas repris d'activité lucrative. En outre, le revenu d'invalidité retenu représente le salaire brut pour des postes de travail ne requérant pas de qualifications professionnelles particulières, abstraction faite des limitations physiques éprouvées. De plus, au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, il existe un nombre significatif d'activités légères et ne demandant pas de longs déplacements, de sorte qu'elles sont adaptées au handicap présenté par la recourante. En définitive, un taux d'invalidité de 10% est insuffisant pour ouvrir le droit, tant à une rente qu'à un reclassement, de sorte que l'OAI propose le rejet du recours et le maintien de la décision contestée.

En date du 17 mai 2010, la recourante a déposé des observations complémentaires. Elle répète qu'elle est incapable d'avoir une quelconque activité avec sa main gauche. Or, elle est gauchère; dès lors, lui reconnaître une capacité de travail entière dans une activité adaptée, soit mono-manuelle, constitue une illusion. La recourante en veut pour preuve l'échec du stage entrepris auprès de la société A._____ SA. Elle relève par ailleurs des propos désobligeants à son endroit dans l'expertise du Dr P._____, ce qui démontrerait la partialité de ce dernier et relativiserait dès lors le crédit qu'il convient d'accorder à son rapport. Elle requiert par conséquent la mise en œuvre d'une nouvelle expertise et l'audition en tant que témoin du Dr W._____.

Par décision du 7 juin 2010, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 25 mars 2010. Les émoluments de justice et la totalité des débours du greffe lui ont été avancés, un conseil d'office ayant en outre été désigné en la personne de Me Jean de Gautard.

Le 21 juin 2010, l'OAI a intégralement confirmé ses conclusions.

F. Le 1^{er} septembre 2010, le magistrat instructeur a prié le Dr W._____ - préalablement délié du secret médical par sa patiente - de répondre au questionnaire adressé par cette dernière, l'OAI ayant pour sa part renoncé à une telle démarche.

Dans ses réponses du 24 janvier 2011, le Dr W._____ a indiqué qu'il connaissait la recourante depuis le 22 avril 2002 et qu'elle l'avait consulté à la suite de son accident du mois de janvier 2005. Affirmant que les causes de la maladie de Südeck étaient mal connues actuellement, il a expliqué que c'était sur la base de radiographies pratiquées le 28 avril 2005 qu'il avait pour la première fois évoqué cette maladie dans son dossier. A sa dernière consultation, le 13 juillet 2010, le status local ne parlait pas en faveur de cette pathologie. Toutefois, l'absence de documents radiologiques récents ne permettait pas d'exclure totalement ce diagnostic. S'agissant de la capacité de travail, le Dr W._____ a confirmé que les activités exercées avant l'accident de 2005 n'étaient plus exigibles. Tout en se refusant à désigner des activités professionnelles accessibles à sa patiente, il a répété que celle-ci n'était pas en mesure d'utiliser son membre supérieur gauche dans quelque activité que ce soit et ce, de manière définitive.

Invitée à se déterminer, la recourante a relevé le 4 février 2011 que le Dr W._____ s'écartait, quant à la question de la capacité de travail, de l'évaluation du Dr P._____, tant du point de vue de l'utilisation du bras gauche que de celui du type d'activité exigible, faute de profession adaptée. Pour ce motif, l'expertise du Dr P._____ lui apparaissait dépourvue de toute crédibilité. Au surplus, elle la considérait comme entachée de subjectivité et laissait dès lors le soin à la juridiction de céans de requérir un éventuel complément d'expertise, si elle l'estimait nécessaire à la suite des réponses fournies par le Dr W._____.

Pour sa part, l'OAI a relevé le 22 février 2011 que, contrairement au Dr W._____, au bénéfice d'un mandat thérapeutique, le Dr P._____ s'était prononcé en tant qu'expert, d'où un certain recul s'agissant des aspects subjectifs. En outre, si les réponses du Dr W._____, au demeurant non motivées, pouvaient revêtir un certain intérêt sur le plan thérapeutique, elles n'offraient en revanche aucune indication quant à l'aspect médico-asséculo-logique, seul déterminant. En fin de compte, l'OAI s'en remettait à l'autorité de céans pour trancher entre ces deux avis.

G. Le 26 octobre 2011, le magistrat instructeur a chargé la Clinique D._____ de procéder à l'expertise du poignet gauche et du pouce de la recourante. Dans leur rapport du 4 février 2013, les Drs N._____ et G._____, spécialistes en chirurgie plastique et reconstructive et chirurgie de la main, ont posé les diagnostics suivants: status après fracture de l'épiphyse distale du radius gauche et production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'une incapacité, soit physique, soit psychologique (Z 76.5 / F 68.1 [trouble factice]). Ils ont notamment relevé ce qui suit à propos de l'examen de la main gauche:

« (...)

Lorsque Mme M._____ est confrontée au fait qu'il y a une excellente évolution de l'examen clinique depuis celui effectué par le Dr P._____ en 2008 alors qu'elle-même ne rapporte aucune amélioration dans sa vie quotidienne, la patiente répond qu'on "ne prend pas en compte ses douleurs et ses tiraillements dans le bras gauche". On lui demande d'expliquer comment la masse musculaire a pu être totalement maintenue au membre supérieur gauche sans que celui-ci soit utilisé, (objectivation de circonférences aux bras, avant-bras et main symétriques, voire meilleures qu'à droite). La patiente répond qu'elle "avait eu beaucoup de poils à la sortie du plâtre après 8 semaines d'immobilisation et qu'elle était très inquiète en raison de cette pilosité". Lorsqu'on lui mentionne que les prises de force sont très variables, lorsqu'on la stimule un peu ou lorsqu'elle ne voit plus le résultat de la mesure, Mme M._____ répond que c'est en raison des douleurs. Elle affirme qu'elle a toujours voulu travailler et que même quand elle était engagée chez K._____ elle était prête à travailler pour l'entreprise Y._____ qui lui avait proposé une place, mais l'accident est arrivé. Lorsqu'on a demandé à Mme M._____ si elle avait une explication à la persistance des douleurs, elle nous a répondu que "la scintigraphie avait bien montré une maladie de Sudeck". »

Les experts ont résumé en ces termes les discordances entre les déclarations de la recourante et leurs observations cliniques:

« Le score extrêmement élevé du handicap perçu (77.5 sur 100 au score DASH [Disability of the Arm-Shoulder-Hand, réd.] et l'impossibilité d'effectuer aucune tâche à domicile contraste avec les amplitudes et la force presque symétrique trouvées aux deux membres supérieurs. Pour information, les patients souffrant d'une paralysie totale d'un membre supérieur après lésion du plexus brachial atteignent un DASH de 65 (Davidson J., Disability and Rehabilitation, 2004), voire de 35 (Lazerguer C., Thèse Médecine, Montpellier, 2002).

La non utilisation complète du membre supérieur gauche durant 7 ans contraste avec le maintien des valeurs de la circonférence au bras, à l'avant-bras et au poignet et à la main. La présence de signes d'une hyperkératose des pulpes témoigne d'une utilisation quotidienne.

La fluctuation importante durant l'examen de la mesure des amplitudes et de la force au membre supérieur gauche. Lorsque l'attention de Mme M. _____ est portée ou lorsqu'elle est stimulée, les amplitudes deviennent normales par rapport au membre supérieur droit et les mesures de force augmentent significativement. Mme M. _____ a fait preuve de fluctuation dans l'expression de sa douleur (mimiques faciales, expirations excessives et contractures des épaules), pour les mêmes tests demandés à différents moments durant l'examen.

En conclusion:

Les allégations d'impotence fonctionnelle de Mme M. _____ ne sont pas crédibles. »

Les experts ont pour le surplus répondu en ces termes aux questions de la recourante:

« 1. Mme M. _____ est elle aujourd'hui capable d'exercer une activité lucrative avec son bras gauche?
Oui.

2. Si oui, quel genre d'activité et à quel pourcentage?
Des activités de type fort variées, y compris bimanuelles, et à 100% moyennant une période d'adaptation.

3. L'expertise du Dr W. _____ et la réponse du Dr W. _____ du 24 janvier 2011 au questionnaire du soussigné précise: « Je ne peux que confirmer qu'en effet, actuellement, la patiente n'est à mon avis pas en mesure d'utiliser son membre supérieur gauche pour une quelconque activité et ceci de manière définitive ». Pouvez-vous confirmer cette affirmation?
Non

4. Si oui, pourquoi?

5. *Si non, pourquoi?*

Cela découle de manière limpide et explicite de nos observations médicales, sans qu'il soit besoin de formuler d'autres arguments, ni avoir à « vulgariser » notre rapport qui nous semble compréhensible pour un non-médecin.

6. *L'expertise du Dr P. _____ précise que Mme M. _____ possède une pleine capacité dans l'activité de produits dentaires à domicile et à 50% en tant que tenancière d'une épicerie. Pensez-vous que l'expert, en répondant de telles fantaisies, demeure dans le cadre de sa mission ou est-ce qu'il en sort?*

Ce n'est pas notre rôle de juger ici un confrère et ses rapports (confrère dont nous ne partageons d'ailleurs souvent ni la démarche ni les conclusions). Cela étant, les termes employés par Me de Gautard sont un peu surprenants.

En ce qui nous concerne, notre opinion repose uniquement sur l'interrogatoire de Mme M. _____, nos propres observations et la consultation des pièces objectives du dossier.

7. *L'expertise du Dr P. _____ pose la question de savoir si les éléments de l'attitude de Mme M. _____ pourraient correspondre à une mise en scène. Il est expressément demandé de répondre à cette question.*

Le terme de « mise en scène » n'est pas clairement défini ni circonscrit en termes médicaux (ou peut-être alors en psychiatrie, mais nous ne sommes pas psychiatres). Parlons de « simulation » peut-être, un terme plus usuel en médecine. Plus clairement, le comportement de la patiente en cours d'examen est amplement décrit plus haut. Ce qui nous semble clair en tout cas est le fait que Mme M. _____ nous trompe (ou essaye du moins, de manière peu convaincante - et sans grande conviction ... - il faut le dire, face à des examinateurs tant soit peu expérimentés, différenciés et critiques dans leurs observations). Il ne s'agit pas par contre (à ce qu'il nous semble) d'une hystérie au sens psychiatrique du terme. Nous avons souhaité qu'un collègue psychiatre assiste à l'examen somatique, mais cela n'a pas été possible. La nature humaine est complexe, et les interactions entre psyché, soma et société parfois évidentes, et d'autres fois plus difficilement sondables. Il est pour nous clair que les allégations de Mme M. _____ ne sont pas recevables mais il ne nous appartient pas de chercher à interpréter ce qu'il y aurait derrière.

8. *Peut-on exiger une activité, quelle qu'elle soit, de la part de Mme M. _____?*

« Une activité » certainement, « quelle qu'elle soit » sans doute pas... mais tout de même un grand nombre d'activités bimanuelles sont à sa portée, si elle le veut bien.

9. *Est-il possible d'améliorer la capacité de travail, quelle que soit l'activité de Mme M. _____?*

Oui mais cela dépend uniquement de la patiente (et éventuellement de son entourage). »

Se déterminant sur l'expertise de la Clinique D._____, l'OAI a fait savoir le 21 février 2013 que les constatations et les conclusions des experts n'étaient pas de nature à remettre en cause les termes de la décision querellée, si bien qu'il concluait derechef au rejet du recours et à la confirmation de cette dernière.

De son côté, le 1^{er} mai 2013, la recourante s'est bornée à qualifier les conclusions des experts d'inadmissibles, ajoutant que ce n'était pas parce qu'un tiers pouvait mobiliser son bras qu'elle-même pouvait le faire sans douleurs et sans conséquences.

H. Invité par le magistrat instructeur à produire la liste détaillée de ses opérations et de ses débours dans le cadre de la présente procédure, le conseil de la recourante a fait parvenir le 7 mai 2013 une lettre dans laquelle il a expliqué que ses débours s'élevaient à 150 fr. et qu'il avait consacré « un peu plus d'une trentaine d'heures » à la conduite de cette cause, précisant pour le surplus les activités effectuées.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28

octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Interjeté en temps utile et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. En l'occurrence, est litigieux le point de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) Est réputée incapacité de travail, en vertu de l'art. 6 LPGA, 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, 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 constitue une incapacité de gain, 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.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle, qui est présumée permanente ou de longue durée.

A teneur de l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa

gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

b) Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références; TF 9C_794/2012 du 4 mars 2013 consid. 2.1).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références; TF 9C_667/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.1). En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également

en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352 et les références; TF 9C_66/2013 du 1^{er} juillet 2013 consid. 4). S'agissant enfin des rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 9C_31/2010 du 28 septembre 2010 consid. 3).

4. a) En l'espèce, l'autorité de céans a considéré, dans son jugement du 15 avril 2008, que l'examen pratiqué au SMR en novembre 2006 ne satisfaisait pas aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante. Elle a donc renvoyé la cause à l'office intimé afin qu'il complète l'instruction sur le plan médical, puis rende sur cette base une nouvelle décision. Chargé de procéder à l'expertise de la recourante, le Dr P._____ a conclu le 12 décembre 2008 à une limitation modérée des amplitudes articulaires du poignet gauche et à une modeste perte de l'opposition du pouce, ce qui n'empêchait cependant pas l'intéressée d'exercer une activité adaptée sans diminution de rendement, à compter du mois d'octobre 2007. Se fondant sur l'appréciation de l'expert prénommé, l'intimé a dénié le droit de la recourante à une rente dès le 1^{er} janvier 2008 (décision du 5 février 2010). Critiquant l'expertise du Dr P._____, la recourante a contesté pouvoir utiliser son membre supérieur gauche avec un plein rendement dans une activité adaptée et a reproché à l'expert des propos désobligeants à son endroit. Elle a dès lors demandé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise et l'audition du Dr W._____, médecin traitant. Invité à répondre au questionnaire de la recourante, le médecin prénommé a confirmé que sa patiente n'était « pas en mesure d'utiliser son membre supérieur gauche pour une quelconque activité et ceci de façon définitive ». Afin de départager les conclusions divergentes

des Drs P._____ et W._____ quant à la capacité de travail de la recourante, le magistrat instructeur a diligenté une expertise auprès de la Clinique D._____. Le 4 février 2013, les Drs N._____ et G._____ ont conclu que la recourante présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée, y compris bimanuelle, moyennant toutefois une période d'adaptation.

Outre les diagnostics relatifs au membre supérieur gauche, le Dr P._____ évoque une discopathie modérée C5-C6 et une surcharge chronique de l'aponévrose plantaire bilatérale. Des talalgies sont également mentionnées. De leur côté, conformément au mandat d'expertise qui leur a été assigné, les Drs N._____ et G._____ précisent à titre liminaire que l'objet de leur travail concerne « uniquement les données anamnestiques, ainsi que les observations et examens ayant directement trait à la détermination de la capacité de travail ». En ne faisant ainsi pas état des pathologies qui viennent d'être citées, ils considèrent qu'elles ne sont pas pertinentes pour l'appréciation de la capacité de travail. Telle est du reste la position de la recourante puisque, tant dans le questionnaire adressé au Dr W._____ que dans ses différentes écritures, elle se prévaut uniquement de l'atteinte à son bras gauche pour contester la capacité de travail qui lui a été reconnue.

b) La recourante soutient en substance que les douleurs ressenties font obstacle à une pleine mobilisation de son bras gauche, limitant par là-même sa capacité de travail. Cet avis est infirmé par les différents experts l'ayant examinée. En 2008 déjà, le Dr P._____ n'avait en effet pas détecté de séquelle significative de la maladie de Südeck, ni des troubles neurologiques susceptibles d'expliquer la position adoptée par le membre supérieur gauche. L'image scintigraphique n'avait rien révélé non plus. Cependant, confronté aux plaintes et aux souffrances alléguées par la recourante, le Dr P._____ avait fait part de son étonnement en présence d'un tableau objectif plutôt rassurant et d'un tableau subjectif réputé mauvais. Il relevait que l'absence de troubles trophiques résiduels significatifs témoignait d'une utilisation adéquate du membre supérieur gauche. En outre, l'imagerie radiologique standard

mettait en évidence une architecture physiologique du poignet et de la main gauches contredisant un phénomène d'épargne chronique. A cela s'ajoutait l'absence de troubles neurologiques ou orthopédiques probants pouvant rendre compte de l'essentiel du tableau subjectif. Par ailleurs, le Dr P._____ avait exprimé sa surprise en constatant que lorsque la recourante décrivait des souffrances marquées, elle ne montrait pas une mimique corroborant ses dires. Bien plus, la prise régulière d'antalgiques et d'anti-inflammatoires annoncée n'avait pas été confirmée dans les dosages sériques pratiqués au jour de l'expertise. Ces différents éléments, associés à l'attitude adoptée par la recourante avec son membre supérieur gauche, avaient conduit l'expert P._____ à envisager un phénomène de simulation de la part de cette dernière. Tout en ne niant pas l'existence de quelques séquelles fonctionnelles durables, se limitant pour l'essentiel à une perte de la force de préhension et à une baisse de tolérance pour les charges portées, le Dr P._____ avait considéré que ces limitations n'excluaient pas une capacité totale de travail, sans diminution de rendement, dans une activité de bureautique, d'informatique, de surveillance de gestion de commande, de téléphoniste, de réceptionniste ou de micro-technique. Une place sur une chaîne de montage était également envisageable.

De leur côté, comparant les radiographies réalisées après l'accident du 24 janvier 2005 et celles effectuées dans le cadre de leur examen le 13 décembre 2011, les Drs N._____ et G._____ relèvent qu'à cette date, il n'y a « aucun signe d'arthrose, ni radio-carpienne ni au niveau de l'interligne radio-ulnaire distal. Il n'y a pas de déminéralisation mouchetée (pas de signe radiologique d'une maladie de Südeck active), ni altération séquellaire frappante de la trame osseuse ». Ils ajoutent que le dernier examen neurologique effectué par le Dr X._____ en octobre 2007 révélait que la conduction électrique de tous les nerfs au membre supérieur gauche était normale et qu'il n'y avait aucune fonte musculaire ou diminution de la force objectivée. En outre, une scintigraphie osseuse du 18 décembre 2008 montrait l'absence de signes et d'activités de la maladie de Südeck. Ces résultats conduisent les experts à retenir une « excellente évolution de l'examen clinique depuis celui effectué par le Dr

P._____ en 2008 ». Or, la recourante ne rapportait aucune amélioration subjective dans sa vie quotidienne. Se prononçant alors sur les discordances entre les déclarations de l'intéressée et le résultat des observations cliniques, les experts indiquent que le score anormalement élevé du handicap perçu, la présence de signes d'une hyperkératose des pulpes témoignant d'une utilisation quotidienne du bras gauche et la fluctuation importante durant l'examen de la mesure des amplitudes et de la force, selon que l'attention de la recourante est portée ailleurs ou qu'elle est stimulée, ôtent toute crédibilité à ses allégations d'impotence fonctionnelle. Forts de ce constat, les Drs N._____ et G._____ posent le diagnostic de « production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'une incapacité, soit physique soit psychologique (trouble factice) ». Ils rejoignent à cet égard l'appréciation du Dr P._____, évoquant l'éventualité d'une « mise en scène », au vu de l'attitude adoptée par la recourante avec son membre supérieur gauche. S'agissant enfin de la capacité de travail, les experts de la Clinique D._____ estiment qu'un grand nombre d'activités bimanuelles sont accessibles à plein temps à la recourante, moyennant une période d'adaptation et un effort de sa part.

c) De ce qui précède, il appert que les constatations du Dr P._____, d'une part, et des experts N._____ et G._____, d'autre part, se superposent dans une large mesure. En premier lieu, leurs observations cliniques respectives, y compris les examens radiologiques, ne mettent pas en évidence, d'un point de vue orthopédique ou neurologique, d'atteinte objectivement significative au bras gauche. D'ailleurs, les diagnostics posés (Dr P._____ : status bientôt quatre ans après fracture de type Pouteau-Colles du radius distal gauche, traitée conservativement, consolidée en position vicieuse; Drs N._____ et G._____ : status après fracture de l'épiphyse distale du radius gauche) évoquent plutôt une situation stabilisée sur le plan médical, voire, quoi qu'en dise la recourante, une évolution favorable. Seules subsistent quelques séquelles fonctionnelles communément admissibles, sans toutefois que celles-ci n'entravent la reprise à plein temps d'une activité réputée adaptée. Les différents tests (force, amplitude, mobilité) effectués ne corroborent par ailleurs nullement les allégations d'impotence fonctionnelle avancées par

la recourante. Dans ce contexte, l'appréciation des experts prénommés convergent à propos de l'attitude de la recourante en situation d'examen. Alors que le Dr P._____ note une contradiction entre les souffrances décrites par cette dernière et la mimique adoptée, à quoi s'ajoute l'absence confirmée en laboratoire de la prise de médicaments, les Drs N._____ et G._____ s'avisent quant à eux des discordances existant entre les propos tenus par cette dernière et leurs observations cliniques. Ces constatations conduisent tous les médecins prénommés à envisager l'éventualité d'une attitude simulatrice, les experts de la Clinique D._____ allant jusqu'à retenir le diagnostic de simulation de symptômes. Ce faisant, ceux-ci battent en brèche les allégations de la recourante, selon lesquelles l'expertise du Dr P._____ contiendrait des propos tendancieux à son endroit. Quoi qu'il en soit, tout en s'abstenant de rechercher l'origine de l'attitude observée, les Drs N._____ et G._____ n'en excluent pas moins catégoriquement toute validité aux plaintes de la recourante. Ainsi donc, en présence d'analyses cliniques reposant sur des observations convergentes à de nombreux égards, les experts administratif et judiciaires concluent que la recourante présente une capacité de travail entière avec un plein rendement dès le mois d'octobre 2007 dans une activité respectueuse des limitations fonctionnelles, énoncées notamment par le Dr P._____.

d) Pour sa part, la recourante ne démontre pas en quoi sa capacité de travail, respectivement sa capacité de gain, serait diminuée. Dans ce sens, les réponses apportées par le Dr W._____, médecin traitant, au questionnaire qu'elle lui a adressé en 2010 ne lui sont d'aucun secours. Outre que l'avis de ce dernier est isolé, son appréciation, au demeurant fort succincte, n'est nullement - tant s'en faut - corroborée par les experts N._____ et G._____.

On retiendra dès lors que la recourante présente une capacité de travail entière, sans diminution de rendement, dans toute activité réputée adaptée à ses limitations fonctionnelles, à compter du mois d'octobre 2007. Il convient de relever que l'expertise de la Clinique D._____ satisfait aux exigences jurisprudentielles pour lui conférer

pleine valeur probante. Elle contient, outre une anamnèse personnelle, une anamnèse médicale centrée sur la pathologie à examiner, prend en considération les plaintes de l'assurée, rend compte des examens cliniques et des tests effectués et pose un diagnostic dûment motivé. La description du contexte médical et l'appréciation médicale sont claires. Analysant les discordances entre les déclarations de l'assurée et les observations cliniques, les experts expliquent pour quels motifs ils excluent toute impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche de la recourante. Ainsi, les conclusions des Drs N. _____ et G. _____ doivent être suivies, dès lors que le dossier constitué ne fait état d'aucun élément qui aurait été ignoré par les experts prénommés. Dans cette mesure, la décision attaquée ne prête pas le flanc à la critique, en tant qu'elle dénie le droit de la recourante à toute prestation de l'AI. Il suit de là que le grief de la recourante, reprochant à l'office intimé de ne pas avoir examiné l'opportunité de mesures professionnelles, tombe à faux, faute d'un degré d'invalidité suffisant (ATF 130 V 488).

e) Partant, le recours se révèle entièrement mal fondé, de sorte qu'il doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision querellée.

5. a) La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que la recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

b) La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jean de Gautard à compter du 25 mars 2010 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le 7 mai 2013, Me de Gautard a produit le relevé des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à trente heures au total, au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile; RSV 211.02.3]), à quoi s'ajoutent les débours par 150 fr. et la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 5'994 fr. pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ) en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 5 février 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Jean de Gautard, conseil de la recourante, est arrêtée à 5'994 fr. (cinq mille neuf cent nonante-quatre francs), débours et TVA compris.
- VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean de Gautard, avocat (pour M. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :