

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 avril 2011

---

Présidence de M. ABRECHT  
Juges : M. Bonard et Mme Feusi, assesseurs  
Greffière : Mme Donoso Moreta

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Me Anne-Sylvie Dupont, avocate à Lausanne

et

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

---

**Art. 7 al. 1, 8 al. 1, 16 LPGA; 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** X. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée, la recourante), née le 13 juillet 1948, domiciliée à Lausanne, est divorcée et mère de deux enfants majeurs. Depuis 1987, elle a été employée comme vendeuse en confection par la société V. \_\_\_\_\_ puis par la société K. \_\_\_\_\_, lorsque cette dernière a repris les succursales de V. \_\_\_\_\_ au 1<sup>er</sup> octobre 2004.

**b)** Le 24 janvier 2005, l'assurée a chuté de sa hauteur en glissant sur du verglas et a souffert d'une fracture du radius distal droit, qui a été traitée par embrochage. Elle a repris le travail à 50% dès le 13 juin 2005.

Suite à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, on a diagnostiqué une algodystrophie (syndrome douloureux loco-régional), pour laquelle l'assurée a été traitée par médication, physiothérapie et ergothérapie intensives. Après une année, au vu de la persistance des douleurs et de la diminution de la mobilité malgré les traitements, l'assurée a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 14 février au 15 mars 2006, à la demande du Dr P. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA. Le 27 février 2006, une scintigraphie osseuse a confirmé l'existence d'une algodystrophie de la main et du poignet droits. Le rapport médical de sortie de la CRR rédigé le 28 mars 2006 par le Dr Z. \_\_\_\_\_, chef de clinique, spécialiste FMH en rhumatologie, fait état d'une amélioration de la mobilité, conclut à une incapacité de travail de 50% du 16 mars au 19 avril 2006 dans la profession de vendeuse et émet les considérations suivantes :

« Suite au consilium avec le chirurgien de la main, on conclut à une bonne réduction de la fracture, une absence de synovite. L'examen clinique est compatible avec une algodystrophie.

La patiente est vue en consilium psychiatrique au vu d'un contexte existentiel difficile et une thymie abaissée. On ressent une tristesse constante, une perte d'intérêt, une difficulté à penser et à se concentrer, une insomnie, et pouvons conclure à un diagnostic de trouble dépressif majeur récurrent avec un épisode actuel moyen. Un traitement de somnifères est proposé. A ce jour la patiente

refuse un traitement d'antidépresseurs. Par contre, un suivi psychothérapeutique est mis en place durant le séjour à la clinique et nous proposons à la patiente de le poursuivre en ambulatoire. »

**c)** L'incapacité de travail de 50% de l'assurée a toutefois persisté jusqu'à fin 2006. Le 12 juin 2006, l'assurée a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour adultes, tendant à l'octroi d'une rente, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI).

**d)** Dans un rapport médical du 3 août 2006, le Dr P. \_\_\_\_\_ note une discordance entre, d'une part, l'importance des plaintes de l'assurée et leur répercussion sur sa capacité de travail, et d'autre part les constatations objectives de l'examen radio-clinique, soit une fracture solide et bien réduite, sans signes patents d'algodystrophie active. Il conclut, d'un point de vue somatique, à une pleine capacité de travail comme vendeuse en confection mais signale que le trouble dépressif récurrent dont souffre l'assurée joue un rôle important dans cette évolution défavorable.

**e)** Suite à un avis médical du Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR) émis le 28 novembre 2006 par le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main, basé notamment sur le rapport du 3 août 2006 du Dr P. \_\_\_\_\_, l'assurée a été convoquée au SMR le 20 décembre 2007 pour faire l'objet d'un examen psychiatrique, afin d'établir l'existence d'éventuelles limitations fonctionnelles psychiatriques et de déterminer sa capacité de travail. Dans son rapport d'examen établi le 4 février 2008, le Dresse M. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pathologie, ainsi qu'en psychiatrie et psychothérapie au SMR, a posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22). Cette spécialiste a estimé que la capacité de travail de l'assurée avait toujours été totale sur le plan strictement psychiatrique et a émis les considérations suivantes:

« Malgré que l'assurée développe progressivement une symptomatologie anxieuse et dépressive, celle-ci est strictement

secondaire aux préoccupations liées à l'impotence fonctionnelle des deux mains et aux difficultés psychosociales face à son licenciement alors qu'elle aura bientôt 60 ans. Il ne s'agit pas d'une maladie psychiatrique à caractère invalidant.

Les préoccupations anxieuses et la baisse du moral de l'assurée sont bien compréhensibles, ils ont un caractère strictement réactionnel et ne prennent aucun caractère invalidant. »

**B.**           **a)** En date du 31 décembre 2006, l'assurée a fait une nouvelle chute, qui lui a occasionné une fracture du poignet gauche. Cette fracture a été réduite et embrochée le 16 janvier 2007, mais l'évolution a été compliquée par une lésion tendineuse, qui a dû être opérée en date du 29 mai 2007, ainsi que par une nouvelle algodystrophie. A la suite de sa chute, l'assurée a présenté une totale incapacité de travail. Elle a été licenciée par son employeur avec effet au 31 août 2007 et n'a depuis lors plus repris d'activité lucrative.

**b)** Du 23 janvier au 20 février 2008, l'assurée a effectué un nouveau séjour à la CRR, à la demande du Dr P. \_\_\_\_\_ de la CNA. Elle y a fait l'objet de divers bilans et investigations (radiographies des deux mains, scintigraphie osseuse, bilan sanguin, consilium psychiatrique, examen électroneuromyographique [ENMG], rapport d'ergothérapie, rapport de physiothérapie, évaluation des capacités fonctionnelles et rapport des ateliers professionnels). Dans son rapport médical du 6 mars 2008, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a émis les considérations suivantes :

« Cette patiente de bientôt 60 ans présente dans les suites d'une fracture des deux poignets, compliquée par une algodystrophie, des douleurs persistantes. Il n'y a actuellement pas de signe franc d'algodystrophie active, tant sur la radiologie que sur la scintigraphie. On peut simplement noter une discrète tuméfaction des mains à l'activité. Par rapport aux constatations objectives qui sont franchement rassurantes, l'importance des douleurs semble disproportionnée. On retiendra comme facteur de mauvais pronostic une évaluation très haute de la douleur, jusqu'à 8-9/10, une patiente qui se vit comme très handicapée avec un score au questionnaire DASH qui teste la capacité des membres supérieurs autour de 80/100 et un score au questionnaire PACT de 29 qui témoigne d'une importante sous-estimation de ses capacités fonctionnelles. On peut admettre que les douleurs persistantes sont encore en rapport avec une algodystrophie au décours, mais pour nous la situation est stabilisée, on n'attend pas d'importante amélioration dans les mois qui viennent. Il n'y a, à notre avis, pas d'indication à poursuivre les

thérapies, la patiente connaît les exercices qu'elle devrait faire à domicile, nous l'avons incitée à garder de l'activité et à reprendre une activité de loisirs, voire à apprendre la natation.

Pour nous, il est évident que dans une activité adaptée, légère, comme une activité de surveillance, de téléphoniste, une capacité de travail complète est exigible. A noter que la patiente pense qu'elle ne pourra pas travailler à plus de 50%, même dans un travail adapté. »

Dans un rapport médical du 28 avril 2008, basé notamment sur le rapport du 6 mars 2008 du Dr Z.\_\_\_\_\_, le Dr P.\_\_\_\_\_ a retenu que si la reprise de l'activité antérieure n'était peut-être pas possible, du moins à temps plein, il ne faisait aucun doute que l'assurée conservait une pleine capacité de travail dans une activité légère, privilégiant le contrôle et la surveillance à un travail purement manuel.

**c)** En date du 15 juillet 2008, la Dresse C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a adressé à l'OAI un courrier, dans lequel elle a notamment indiqué ce qui suit :

« - Je suis sur le plan rhumatologique Mme X.\_\_\_\_\_ depuis le 2 juin 2008 et suis encore en cours d'investigations afin de mieux comprendre l'importance de sa symptomatologie algique générant une incapacité fonctionnelle considérable au quotidien.

- Ainsi, des investigations nouvelles vont peut-être permettre d'améliorer l'état de santé de la patiente notamment sur le plan douloureux.

- Actuellement, j'émet les réserves suivantes quant aux capacités physiques de Madame X.\_\_\_\_\_: il lui est très difficile de pouvoir travailler avec les mains lors des travaux de manutention fine, de travailler en station assise plus d'une demi-heure en raison des cervicalgies qu'elle présente, d'effectuer des mouvements répétitifs avec les membres supérieurs, d'effectuer des travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale ainsi que des travaux contraignant la nuque en hyperextension ou en rotation. »

**C.**        **a)** Le 2 octobre 2008, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision de refus de rente d'invalidité, au motif que l'assurée présentait une pleine capacité de travail dans toute activité lucrative ne sollicitant pas les avant-bras de manière répétitive et en force, et que la comparaison de ses revenus sans invalidité et d'invalidité, compte tenu

d'un taux d'abattement de 15%, n'aboutissait qu'à un degré d'invalidité de 20,9%, ne suffisant pas à lui ouvrir le droit à une rente.

**b)** Par acte du 20 novembre 2008, l'assurée, par l'intermédiaire de l'institut INCA, a contesté ce projet de décision, affirmant qu'elle présentait une capacité fonctionnelle extrêmement réduite, y compris dans l'accomplissement de ses tâches quotidiennes. A l'appui de ses allégations, l'assurée a produit les documents suivants:

- un consilium rhumatologique de la Dresse C.\_\_\_\_\_ du 12 novembre 2008, qui fait état d'un syndrome douloureux régional complexe des deux poignets et émet l'hypothèse que les accidents ont été le facteur précipitant une atteinte sous-jacente, telle que la hernie discale cervicale C4-C5. Lors d'un entretien téléphonique avec le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale auprès du SMR, la Dresse C.\_\_\_\_\_ a précisé que, si elle ne pouvait se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée, elle estimait que celle-ci ne pouvait quasiment plus utiliser ses mains, du moins dans des activités répétitives et fines;
- un rapport de N.\_\_\_\_\_, ergothérapeute auprès du [...], daté du 14 novembre 2008, qui fait état d'un syndrome douloureux complexe avec allodynie mécanique (douleur résultant d'un stimulus ne provoquant normalement pas de douleur) touchant des branches des nerfs cubital et radial à gauche et des nerfs radial, cubital et médian à droite.

**c)** Suite à un avis médical du Dr D.\_\_\_\_\_ du SMR daté du 27 février 2009, l'assurée a été convoquée au SMR pour un examen clinique rhumatologique, dans le but de déterminer sa capacité de travail dans son activité habituelle et dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Le 23 mars 2009, la Dresse C.\_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI un courrier dont la teneur est la suivante :

« Ma patiente sus-nommée a rendez-vous le 24 mars 2009 à 13h30 pour examen médical au sein de votre service.

Je vous adresse ci-dessous les derniers renseignements médicaux en ma possession ayant revu ma patiente le 16 mars dernier. Malgré l'approche de rééducation sensitive, les douleurs distales les MS persistent de façon importante occasionnant des lâchages d'objets, présentes jour et nuit, quantifiées à 7/10 selon l'échelle visuelle analogique de la douleur. En serrant la main D de Mme X. \_\_\_\_\_ en salle d'attente, celle-ci était chaude. Les deux mains sont rouges, oedématisées et la sueur perle dans les paumes. Madame X. \_\_\_\_\_ décrit un manque de force et les douleurs lorsqu'elle doit manipuler des objets. Elle annonce présenter la nuit des paresthésies à type de fourmillements pulpaire, prédominant du côté D, la réveillant. J'ai prévu prochainement une évaluation neurologique avec EMG afin de débusquer la participativité d'un éventuel syndrome du canal carpien alimentant la problématique. L'aggravation de douleurs cervicales et la non réponse aux traitements va peut-être nécessiter une réévaluation par IRM cervicale après avis neurologique.

Actuellement, le traitement de la patiente consiste en :

- Cymbalta 30 mg/j
- Oxycontin 5 mg 2x/j
- Flector EP tissugel
- Calcimagon D3 2x/j
- Fosamax 70 mg/sem
- Physiothérapie hebdomadaire
- Ergothérapie de rééducation sensitive 1x/sem.

Je vous prie par ailleurs de bien vouloir trouver ci-joint copie du dernier rapport de Monsieur N. \_\_\_\_\_, qui vous renseignera sur la dernière évaluation ergothérapeutique. »

Ledit rapport de l'ergothérapeute N. \_\_\_\_\_, daté du 17 mars 2009, insiste sur le fait que l'assurée souffre d'une allodynie mécanique sévère et que, si le toucher de ses membres supérieurs et de ses mains est sur le moment supportable, ces manipulations, même de courte durée, laissent l'assurée sans repos durant plusieurs nuits.

**d)** Dans son rapport médical du 25 mars 2009, le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, ainsi qu'en rhumatologie auprès du SMR, a retenu ce qui suit, en se basant notamment sur l'examen de l'assurée, ainsi que sur son dossier radiologique:

« **Diagnostics**

- avec répercussion sur la capacité de travail

- douleurs de la main et du poignet D avec limitations fonctionnelles modérées du poignet D dans le cadre d'un status après fracture du radius distal de type Pouteau-Colles, d'un status après embrochage et ablation du matériel d'ostéosynthèse et d'un status après algoneurodystrophie de la main et du poignet D. M89.0

- douleurs de la main G et du poignet G avec limitations fonctionnelles modérées dans le cadre d'un status après fracture du radius distal de type Pouteau-Colles G, d'un status après embrochage selon Kapandji, d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse, d'une ténolyse du long extenseur du pouce pour adhérences tendineuses G et d'un status après probable algoneurodystrophie de la main et du poignet G. M89.0
  - cervicobrachialgies DDC dans le cadre de troubles statiques modérés du rachis avec troubles dégénératifs discrets et hernie discale centrale C4-C5. M54.2.
- sans répercussion sur la capacité de travail
- fibromyalgie avec troubles sensitifs de tout l'hémicorps D sous forme d'une allodynie. M 79.0
  - status après contusion du genou D.

### **Appréciation du cas**

[...] Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui ne sont pas respectées dans l'activité habituelle de vendeuse en confection. Ainsi, dans cette activité, la capacité de travail est nulle. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est complète. Il faut cependant relever chez l'assurée une importante démonstrativité qui constitue un signe de non organicité selon Waddell. Ce signe s'accompagne également de deux autres signes de non organicité selon Waddell sous forme de lombalgies basses à la pression axiale céphalique et à la rotation du tronc, les ceintures bloquées. Cette démonstrativité, qui a déjà été relevée par la Clinique romande de réadaptation en 2008, est à mettre sur le compte de la fibromyalgie présentée par l'assurée. En raison de cette fibromyalgie et de la démonstrativité présentée par l'assurée, on peut craindre que l'assurée mette en échec des mesures d'ordre professionnel.

### **Les limitations fonctionnelles**

*Mains et poignets:* pas de déploiement de force avec les mains, pas de mouvement répétitif avec les poignets, pas de travail de précision avec les mains.

*Rachis:* nécessité de pouvoir alterner 2x/heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas d'exposition à des vibrations, pas d'attitude prolongée en flexion ou extension de la nuque, pas de mouvement répété de flexion-extension de la nuque, pas de rotation rapide de la tête.

### **Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?**

Il y a une incapacité de travail totale du 24.01.2005 au 12.06.2005, de 50% du 13.06.2005 au 13.02.2006, de 100% du 14.02.2006 au 15.03.2006, de 50% du 16.03.2006 au 31.12.2006, puis de 100%

depuis le 31.12.2006 dans l'activité habituelle de vendeuse chez K.\_\_\_\_\_.

Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est complète dès le 20.02.2008, date de sortie de la dernière hospitalisation à la Clinique romande de réadaptation. Il faut noter que la fibromyalgie ne s'accompagne par ailleurs actuellement d'aucune pathologie psychiatrique incapacitante patente comme l'avait d'ailleurs déjà relevé l'examen psychiatrique du 20.12.2007 au SMR. Par ailleurs, il n'y a pas de critère de sévérité. Ainsi, cette fibromyalgie ne peut être considérée comme incapacitante dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles requises par les pathologies ostéo-articulaires présentées par l'assurée. »

**e)** En date du 27 mai 2009, la Dresse C.\_\_\_\_\_ a fait parvenir à l'OAI, sur requête de cet office, les documents suivants:

- un rapport médical du 24 avril 2009 de la Dresse W.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie ayant examiné l'assurée, qui retient un syndrome douloureux chronique cervico-scapulo-brachial bilatéral, mais qui n'a pas pu mettre en évidence de pathologie neurologique significative, malgré un examen clinique et un ENMG des membres supérieurs;
- un rapport d'IRM cervicale de l'assurée, effectuée le 9 juin 2008 par le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, qui fait état d'une hernie discale centrale C4-C5, responsable d'une légère empreinte sur la face antérieure de la moelle, ainsi que de petites saillies discales centrales à d'autres niveaux, sans conflit médullaire;
- un rapport du 1<sup>er</sup> mai 2009 de l'ergothérapeute N.\_\_\_\_\_, qui signale une lente amélioration de la situation de l'assurée.

**D. a)** Suite à deux avis médicaux du Dr D.\_\_\_\_\_ du SMR en date des 9 juillet et 1<sup>er</sup> octobre 2009, l'OAI a adressé le 9 novembre 2009 un nouveau projet de décision à l'assurée, lui reconnaissant le droit à une demi-rente d'invalidité du 24 janvier 2006 au 31 mars 2007 et à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> avril 2007 au 31 mai 2008. L'OAI retient qu'en raison de son atteinte à la santé, l'assurée a présenté une incapacité de travail de 100% du 24 janvier 2005 (début du délai d'attente d'une année)

au 12 juin 2005, puis de 50% jusqu'au 13 février 2006, puis de 100% jusqu'au 15 mars 2006, puis de 50% jusqu'au 30 décembre 2006, puis de 100% jusqu'au 20 février 2008. A partir du 21 février 2008, l'assurée présente toutefois une pleine capacité de travail dans toute activité lucrative ne sollicitant pas les avant-bras de manière répétitive et en force. L'assurée n'ayant pas repris d'activité professionnelle, son revenu d'invalidité peut être estimé en se référant aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique. En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, 4'019 fr. par mois, part du 13<sup>e</sup> salaire comprise. Après adaptation de ce chiffre à l'horaire de travail moyen usuel dans les entreprises en 2006 (41,7 heures, alors que les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures) et à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2008 (+ 1.60% et + 2.00%), on obtient un revenu annuel de 52'103 fr. 78, sur lequel il y a lieu d'opérer un abattement de 15%, compte tenu des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'assurée. Le revenu annuel d'invalidité s'élève ainsi en définitive à 44'288 fr. 21. La comparaison de ce revenu avec le revenu de 54'157 fr. que l'assurée percevrait en 2008, sans atteinte à la santé, en tant que vendeuse à plein temps, aboutit à une perte de gain de 9'868 fr. 80 et donc à un degré d'invalidité de 18.22%. Par ailleurs, des mesures professionnelles ne permettraient pas de diminuer de manière considérable le préjudice économique de l'assurée. Au terme du délai de carence d'une année, soit le 24 janvier 2006, l'assurée présente ainsi une incapacité de travail et de gain de 50% et a donc droit à une demi-rente d'invalidité. Celle-ci est remplacée par une rente entière dès le 1<sup>er</sup> avril 2007, soit trois mois après l'aggravation (art. 88a al. 2 RAI). La prestation est supprimée au 31 mai 2008, soit trois mois après l'amélioration (art. 88a al. 1 RAI).

**b)** L'assurée a contesté ce projet de décision par acte du 9 décembre 2009, en se référant d'une part à divers rapports, datés des 8 avril, 12 juin, 13 août et 13 novembre 2009, de son ergothérapeute N. \_\_\_\_\_, qui considère qu'elle souffre d'une allodynie mécanique sévère,

et d'autre part à l'avis de la Dresse C.\_\_\_\_\_, selon lequel l'incapacité de travail de l'assurée serait totale car toute tentative de réutilisation de ses mains au stade actuel s'avérerait contre-thérapeutique, risquant de compromettre l'évolution positive.

**c)** Dans un avis médical du SMR daté du 1<sup>er</sup> mars 2010, le Dr D.\_\_\_\_\_ a considéré que les nouvelles pièces produites n'étaient pas susceptibles de modifier les conclusions médicales retenues par l'OAI quant à la capacité de travail et aux limitations fonctionnelles présentées par l'assurée.

**d)** Le 31 mars 2010, l'OAI a rendu une décision allouant à l'assurée une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 31 mars 2007 et une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> avril 2007 au 31 mai 2008. La motivation de cette décision était identique à celle du projet de décision du 9 novembre 2009 (cf. lettre D.a supra).

**E. a)** L'assurée, représentée par l'avocat Pierre-Louis Imsand, a recouru contre cette décision par acte du 7 mai 2010, en concluant, avec suite de dépens, principalement à la réforme de la décision attaquée dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 21 février 2008, et subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle expertise et nouvelle décision dans le sens des considérants. A l'appui de son recours, la recourante conteste l'appréciation de l'OAI selon laquelle elle présenterait depuis février 2008 une pleine capacité de travail dans toute activité lucrative qui ne sollicite pas de manière répétitive et en force les avant-bras. Elle invoque à cet égard les rapports médicaux de la Dresse C.\_\_\_\_\_ des 15 juillet 2008, 12 novembre 2008 et 23 mars 2009, ainsi que les rapports de l'ergothérapeute N.\_\_\_\_\_ des 8 avril 2009, 13 août 2009, 13 novembre 2009 et 24 avril 2010. La recourante relève que ces spécialistes considèrent tous deux qu'elle aurait de très grandes difficultés à travailler avec les mains, et que leurs affirmations se fondent sur des constats objectifs qui font état de douleurs importantes et de problèmes dans la mobilisation des mains et des poignets. Elle estime que

ces constatations contredisent les conclusions du rapport de la CRR du 6 mars 2008, sur lequel semble s'être fondé l'OAI et qui retient que dans une activité adaptée, légère, comme une activité de surveillance ou de téléphoniste, une capacité de travail complète est exigible. Dans la mesure où le dossier contient des éléments qui contredisent le rapport d'expertise sur lequel s'appuie l'OAI pour lui refuser toute rente d'invalidité au-delà du 31 mai 2008, la recourante requiert expressément la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire, propre à trancher entre ces éléments contradictoires.

Le 28 mai 2010, la recourante a produit une décision du Bureau de l'assistance judiciaire lui octroyant l'assistance judiciaire, comprenant l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Pierre-Louis Imsand, avec effet au 28 avril 2010.

**b)** Dans sa réponse du 24 juin 2010, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision querellée. Relevant que la recourante conteste essentiellement la capacité de travail retenue dès le mois de février 2008 et demande la mise en place d'une expertise judiciaire pour obtenir la reconnaissance de son droit à une rente entière au-delà du 31 mai 2008, l'OAI estime quant à lui que la situation médicale a été examinée avec soin, qu'elle a fait l'objet de rapports circonstanciés, que les questions ayant trait à la capacité de travail ont été largement discutées et expliquées et que les apparentes contradictions ont été levées. L'office intimé considère dès lors que des investigations complémentaires ne sont pas indiquées, en précisant que les rapports successifs établis par l'ergothérapeute N.\_\_\_\_\_, et dont certains ne lui étaient par ailleurs pas connus, ne sont pas de nature à remettre en cause son appréciation.

**c)** Par courrier du 9 septembre 2010 adressé aux parties, le juge instructeur a constaté que la recourante n'avait pas fait usage de la possibilité qui lui avait été donnée par courrier du 29 juin 2010 de présenter ses éventuelles explications complémentaires ainsi que ses éventuelles réquisitions tendant à des mesures d'instruction

complémentaires. Il a informé les parties que, l'instruction apparaissant complète sur le plan médical, la réquisition de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire était rejetée, l'avis des autres membres de la cour qui serait appelée à statuer dès que l'état du rôle le permettrait étant réservé.

**d)** Le 23 septembre 2010, la recourante a encore produit un rapport médical de la Dresse C.\_\_\_\_\_, daté du 23 juillet 2010, dans lequel cette praticienne conteste le diagnostic de fibromyalgie retenu par le Dr H.\_\_\_\_\_ du SMR et estime que sa patiente présente, au niveau de ses membres supérieurs gauche et droit, tous les critères diagnostics du syndrome douloureux régional complexe. La Dresse C.\_\_\_\_\_ est par ailleurs d'avis que le traitement entrepris par l'assurée auprès de son ergothérapeute, quoique de longue haleine, s'avère néanmoins efficace. Mentionnant également qu'il n'a pas été tenu compte, dans l'évaluation retenue par l'OAI, de la hernie discale C4-C5 dont souffre sa patiente et qui pourrait expliquer une partie de ses symptômes douloureux cervicaux, cette praticienne conclut à une capacité de travail nulle et indique notamment ce qui suit:

« Je me réfère à l'anamnèse détaillée figurant dans mon consilium rhumatologique du 12 novembre 2008.

**L'évolution médicale depuis lors est marquée :**

- Par la persistance de sévères douleurs des membres supérieurs, quantifiées à 7-8/10 sur l'échelle visuelle analogique de la douleur, douleurs de caractéristique neuropathique, s'assortissant d'allodynie mécanique et ayant nécessité la prescription de dérivés morphiniques (Oxycodone). Par ailleurs, à visée de modulation antalgique, un traitement par duloxétine a été instauré à posologie progressive. Les sensations de cuisson, de douleurs à type de brûlures sont très importantes, s'accroissant nettement en fin d'après-midi, avec des nuits sans repos. Depuis le début de sa symptomatologie, la patiente n'a pu obtenir de nuits complètes reposantes en raison de ses douleurs. Au moindre mouvement nécessitant la manipulation d'objets, les douleurs des mains s'exacerbent, irradiant proximale aux membres supérieurs.
- Par la persistance de troubles de la sensibilité tactile en présence d'une allodynie mécanique sévère. Ce signe cliniquement objectivable déborde le territoire initialement atteint pour s'étendre aux membres supérieurs et à la nuque.
- Par la persistance de difficultés fonctionnelles dans les gestes du quotidien nécessitant fréquemment l'aide d'autrui pour les activités ménagères et de la vie courante (Cf. le descriptif que j'ai demandé à

la patiente de ses difficultés dans les activités de la vie quotidienne et les tâches ménagères).

- Sur le plan psychique, la patiente est passablement éprouvée tant par le tableau algique au long cours que par la problématique assicurologique qu'elle rencontre avec beaucoup d'inquiétudes face à son avenir. »

e) Se déterminant le 10 novembre 2010 sur le rapport précité, l'OAI a déclaré se rallier à l'avis médical établi le 1<sup>er</sup> novembre 2010 par le Dr D. \_\_\_\_\_ du SMR, dont la teneur est la suivante :

« Voir les nombreux avis médicaux antérieurs, pour ce dossier qui a été largement instruit, dont les conclusions ont été étayées. Dans le cadre du recours, l'avocat de l'assurée se base sur le rapport de la Dresse C. \_\_\_\_\_ du 23.07.2010 pour retenir une CT nulle en toute activité.

**Vous demandez notre avis concernant ledit RM** : il n'apporte pas d'élément médical nouveau ; aucune aggravation n'est envisageable ; il s'agit d'une appréciation différente de la CT, qui est le fait du médecin traitant, partant, moins objective que celle d'experts ou d'examineurs neutres. Enfin, contrairement à ce qu'écrit la Dresse C. \_\_\_\_\_, nous avons tenu compte de la pathologie cervicale documentée par IRM en juin 2008, qui imposait des limitations fonctionnelles ; et on sait que l'IRM cervicale du 30.03.2010 ne révèle pas de signe d'aggravation significative, en particulier en ce qui concerne la hernie discale C4-C5.

Enfin on trouve au dossier SUVA le rapport de l'examen médical final daté du 27.04.2010 et signé par le Dr P. \_\_\_\_\_. Nous n'avons pas de raison médicale de nous écarter de ses conclusions, tendant à l'absence d'aggravation depuis le dernier examen du 26.04.2008 («les conclusions prises à l'issue de l'examen à l'agence du 28.04.2008 restent d'actualité»). »

L'OAI a ainsi proposé une nouvelle fois le rejet du recours et a joint à ses déterminations la copie des dernières pièces reçues de la CNA, parmi lesquelles se trouvent les documents suivants :

- le rapport d'une IRM cervicale pratiquée le 30 mars 2010 par le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, dont les conclusions sont les suivantes : discopathies et altérations dégénératives osseuses étagées, caractérisées par de petits foyers de déchirure et d'extrusion médiane de matériel discal s'étendant de C2-C3 à C5-C6, particulièrement marquées en C4-C5 où une hernie discale médiane inchangée est reconnaissable, exerçant une légère empreinte sur la

face antérieure du cordon médullaire, sans canal étroit ni conflit de racine ;

- le rapport médical final du Dr P.\_\_\_\_\_ de la CNA, daté du 27 avril 2010, qui mentionne que l'atteinte neurogène que la Dresse C.\_\_\_\_\_ et l'ergothérapeute N.\_\_\_\_\_ mettent en avant n'a été confirmée par aucun des derniers neurologues dont l'avis a été sollicité, parmi lesquels la Dresse W.\_\_\_\_\_, qu'il n'y a plus aucun signe d'algodystrophie active chez l'assurée et que les lésions supposées n'expliquent que très partiellement la sous-utilisation que l'assurée fait de ses mains.

**f)** Le 26 novembre 2010, la recourante, représentée désormais par Me Anne-Sylvie Dupont, désignée d'office le 28 septembre 2010 en remplacement de Me Imsand, a requis que, au vu de la volumineuse annexe produite par l'OAI, un délai lui soit imparti pour déposer des observations. Le 1<sup>er</sup> décembre 2010, le juge instructeur a imparti à la recourante un délai au 3 janvier 2011 à cet effet.

Dans ses observations du 3 janvier 2011, la recourante rappelle d'abord que, étant née en juillet 1948, elle est aujourd'hui âgée de 62 ans et était déjà âgée de 58 ans au moment de la demande de prestations et de 61 ans et demi au moment où la décision litigieuse a été rendue. Or selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, lorsqu'un assuré approche de l'âge de la retraite, il convient de procéder à une analyse globale de la situation et se demander de manière réaliste si cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail, ce qui revient à déterminer, dans le cas concret, si un employeur potentiel consentirait, objectivement, à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail.

En l'espèce, la recourante fait valoir qu'elle ne dispose d'aucune formation particulière, n'étant pas allée plus loin que l'école obligatoire. Elle n'a acquis de l'expérience professionnelle que dans le domaine de la vente, dans lequel sa capacité de travail est désormais nulle, ce que l'OAI admet au demeurant. Le volumineux dossier constitué par l'OAI fait état d'atteintes à la santé tout à fait objectivées. En effet, si l'on se réfère au seul rapport d'examen du SMR du 25 mars 2009, et même si l'on admettait qu'il subsiste bel et bien une capacité de travail résiduelle dans une activité « strictement adaptée aux limitations fonctionnelles », on constate qu'il est fait état de douleurs avec limitations fonctionnelles pour les deux poignets, ainsi que de cervicobrachialgies. La recourante est donc clairement limitée dans l'utilisation de ses mains et ne peut donc pas envisager d'activité de force ou de précision, ce qui exclut la possibilité d'une activité manuelle de type artisanal ou industriel. Or sans une formation minimale, on voit difficilement quelle autre profession lui serait accessible. Par ailleurs, l'hypothèse d'un engagement de la recourante par un employeur prêt à la former alors qu'elle est à deux ans de l'âge de la retraite, compte tenu d'entraves à la santé qui laissent d'ores et déjà présager un absentéisme important, est irréaliste. En conséquence, la recourante estime que la question de l'existence d'une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée peut rester ouverte, puisqu'il y a de toute manière lieu, au regard de la jurisprudence précitée, à lui reconnaître le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité.

S'agissant de l'évaluation de son état de santé, la recourante fait valoir qu'il existe une contradiction manifeste entre l'instruction médicale conduite par l'OAI et les constatations de son médecin traitant. En particulier, le diagnostic de fibromyalgie, retenu par l'OAI, est contesté par la Dresse C.\_\_\_\_\_, qui justifie son propre diagnostic de manière détaillée (cf. le rapport médical du 23 juillet 2010), littérature scientifique à l'appui. Il serait donc indispensable, dans l'hypothèse où l'âge de la recourante ne suffirait pas à sceller le sort du litige, d'ordonner une expertise, qui devra également porter sur l'appréciation psychiatrique du cas. Contrairement à ce que soutient l'OAI, il ne s'agit pas en l'espèce

d'une simple divergence entre médecins sur l'appréciation de la capacité de travail, mais bien d'une lecture totalement différente de la situation de la recourante. Dès lors que l'opinion des médecins agissant pour le compte de l'OAI est mise en cause de manière détaillée et documentée par un autre médecin au bénéfice d'une spécialisation FMH adéquate, on ne peut passer outre une expertise judiciaire pluridisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique. A l'appui de ses affirmations, la recourante a également produit un courrier adressé en date du 19 novembre 2010 à Me Dupont par R.\_\_\_\_\_, psychologue AVP-FSP et psychothérapeute ASP qui suit l'assurée depuis mars 2006, dans lequel il est notamment indiqué ce qui suit:

« L'accompagnement psychologique continue à raison d'une fois par mois, avec bonne amélioration de la prise de conscience. Cependant, Mme X.\_\_\_\_\_ vit très mal ses crises de douleur et son état physique déplorable. Elle est fortement ébranlée dans ses défenses psychologiques, vit à la limite d'une décompensation dépressive, réactive à son état de santé et à ses craintes pour son avenir, vu les propositions d'aide financière insuffisantes. En conclusion, Mme X.\_\_\_\_\_ souffre de son grave handicap, qui paralyse sa vie dans tous les domaines. »

**g)** Dans ses déterminations du 31 janvier 2011, l'OAI a une nouvelle fois proposé le rejet du recours, en indiquant ne pouvoir suivre aucun des points développés par la recourante dans son écriture du 3 janvier 2011. L'office intimé relève ainsi que l'un de ses spécialistes dans les questions de réadaptation professionnelle a évalué la capacité de gain résiduelle de la recourante, prenant en considération des circonstances telles que son âge, ses limitations fonctionnelles, son taux d'occupation, son cursus professionnel, sa nationalité, etc., et a estimé qu'à 60 ans, dans un marché équilibré du travail, les perspectives de gain retenues n'étaient pas irréalistes. En ce qui concerne l'aspect médical, l'OAI estime que le dossier a été très bien documenté. Le rapport du médecin traitant, sur lequel se fonde la recourante, a été examiné de façon détaillée par le SMR le 1<sup>er</sup> novembre 2010 et son contenu n'est pas de nature à mettre en cause les constatations des médecins de la CRR et du SMR. On ne disposerait pas non plus d'éléments dans le sens d'une probable aggravation significative de la situation de l'assuré depuis mars 2009. La question d'une éventuelle atteinte psychiatrique ayant des répercussions

sur la capacité de gain a été largement investiguée (cf. notamment le rapport relatif à l'examen clinique psychiatrique du 20 décembre 2007 et le consilium psychiatrique effectué durant le séjour de 2008 à la CRR) et le contenu du rapport produit n'est pas de nature à mettre en cause ces constatations. L'OAI estime ainsi que des investigations complémentaires ne sont pas nécessaires.

**h)** Le 3 février 2011, le juge instructeur a informé les parties que, la cause apparaissant suffisamment instruite sur le plan médical, la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire était rejetée; l'avis des autres membres de la cour auprès de laquelle le dossier serait mis en circulation dans les prochains mois était réservé.

**i)** Le 18 mars 2011, la recourante a produit un rapport médical établi le 17 mars 2011 par le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, consulté à titre privé. Ce spécialiste y pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F32.11), diagnostic qui implique selon lui une diminution importante du rendement professionnel de la recourante sous l'angle psychiatrique et qui, ajouté à la dégradation de l'état physique de la recourante, lui fait dire que celle-ci n'a actuellement plus aucune capacité de travail exploitable. Le Dr G.\_\_\_\_\_ estime que, sous l'angle médico-légal, il y a lieu de constater une nette aggravation de la symptomatologie depuis 2007/2008, si l'on accepte la teneur des rapports d'expertise de 2007 et de 2008, lesquels ne lui paraissent toutefois pas acceptables sous l'angle psychiatrique, du fait qu'ils seraient incomplets, voire inexacts.

**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. Déposé dans le délai de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA) suspendu par les fêtes pascales de l'art. 38 al. 4 let. a LPGA, le recours est recevable quant à la forme.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, la valeur litigieuse est manifestement supérieure à 30'000 francs, de sorte que la cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]), et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, l'office intimé admet que la recourante présente une totale incapacité de travail dans son activité habituelle de vendeuse en confection et admet notamment son droit à une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2007 au 31 mai 2008. Est litigieuse toutefois la question de savoir si la recourante aurait pu mettre à profit, dès le 21 février 2008 et dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, une capacité de travail lui permettant de réaliser un revenu excluant le droit à une rente d'invalidité.

**3. a)** 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. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 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.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 LAI).

**b)** Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral (TF 9C\_393/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.4 ; TF 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008, consid. 5.1 et les arrêts cités), lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en

considération pour lui (art. 16 LPGGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998, consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TFA I 350/89 du 30 avril 1991, consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; TFA I 329/88 du 25 janvier 1989, consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TFA I 377/98 du 28 juillet 1999, consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse - la jurisprudence admettant que tel est le cas à partir d'un âge de 60 ans pour un homme, soit 5 ans avant l'ouverture de son droit à une rente de vieillesse (cf. TF 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008, consid. 5.2 et la référence), il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à

déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (cf. TFA I 819/04 du 27 mai 2005, consid. 2.2 et les références).

**c)** En l'espèce la recourante, née le 13 juillet 1948, était âgée de 59 ans et 7 mois (soit environ 4 ans et demi avant l'ouverture de son droit à une rente de vieillesse) au moment où, selon la décision attaquée, elle aurait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, entraînant la suppression de sa rente entière d'invalidité au 31 mai 2008 (soit un mois et demi avant ses 60 ans). Par ailleurs, la recourante était âgée de 61 ans et demi au moment déterminant où la décision litigieuse du 31 mars 2010 a été rendue (cf. TF 9C\_437/2008 du 19 mars 2009, consid. 4.3; TF 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009, consid. 3.3). La recourante ayant donc atteint le seuil à partir duquel la jurisprudence admet de parler d'un âge avancé, il convient de déterminer si, de manière réaliste, elle était en mesure de retrouver un emploi sur un marché du travail équilibré dès le mois de février 2008.

Il ressort des pièces au dossier que la recourante n'est au bénéfice d'aucune formation professionnelle, n'ayant achevé que l'école obligatoire. Elle a acquis l'essentiel de son expérience professionnelle dans le domaine de la vente, auprès de la société V. \_\_\_\_\_ puis K. \_\_\_\_\_, qui l'a employée durant près de 20 ans comme vendeuse en confection. Suite à son deuxième accident fin 2006, elle a présenté des limitations fonctionnelles qui lui interdisent désormais l'exercice de sa profession habituelle, ce qui est admis par l'office intimé. Or l'exercice d'une nouvelle activité adaptée aux nombreuses limitations qui sont les siennes (pas de

déploiement de force avec les mains, pas de mouvement répétitif avec les poignets, pas de travail de précision avec les mains, nécessité de pouvoir alterner 2x/heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas d'exposition à des vibrations, pas d'attitude prolongée en flexion ou extension de la nuque, pas de mouvement répété de flexion-extension de la nuque, pas de rotation rapide de la tête) impliquerait une reconversion professionnelle et présupposerait des facultés d'adaptation qui font à l'évidence défaut dans le cas d'espèce, compte tenu du faible niveau de formation de la recourante et de ses compétences professionnelles peu diversifiées. On peine dès lors à imaginer qu'un employeur consente les moyens et les efforts nécessaires pour lui permettre de se réinsérer dans le monde du travail, eu égard aux aménagements rendus nécessaires par ses limitations fonctionnelles, et pour une période d'emblée limitée. En conséquence, force est de constater que, compte tenu de sa situation personnelle et professionnelle, et au regard de la jurisprudence concernant les assurés proches de l'âge de la retraite, la recourante n'était plus en mesure, au moment de la suppression de sa rente d'invalidité et à plus forte raison au moment de la décision litigieuse, de retrouver un emploi adapté à ses atteintes sur un marché du travail équilibré. Il convient ainsi de retenir qu'au mois de juin 2008, l'invalidité de la recourante, en termes de capacité de gain, demeurait totale sur le plan professionnel.

Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée, en ce sens que la recourante continue d'avoir droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 mai 2008. La Cour étant en mesure de statuer sur la base du dossier, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise judiciaire, telle que requise par la recourante.

**4. a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations 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. 1 bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires dans le cadre de la présente procédure.

**b)** Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire obtient gain de cause, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton si les dépens ne peuvent être obtenus de la partie adverse ou qu'ils ne le seront vraisemblablement pas. Le canton est subrogé à concurrence du montant versé à compter du jour du paiement (art. 122 al. 2 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office de deux avocats successifs, soit Me Pierre-Louis Imsand à compter du 21 mai 2010, puis Me Anne-Sylvie Dupont à compter du 28 septembre 2010 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Ceux-ci ont produit la liste de leurs opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et arrêtée à 1'549 fr. 45 (dont 109 fr. 45 de TVA) à titre d'honoraires et à 53 fr. 80 (dont 3 fr. 80 de TVA) à titre de débours pour Me Imsand et à 478 fr. 40 (dont 33 fr. 80 de TVA) à titre d'honoraires pour Me Dupont.

**c)** Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), qu'il y a lieu de fixer équitablement à 2'500 francs, compte tenu de ses frais d'avocat et des autres frais indispensables occasionnés par le litige (art. 7 al. 1 du Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales [TFJAS; RSV 173.36.5.2]). L'Etat est toutefois subrogé au droit de la recourante, à concurrence des sommes (totalisant 2'081 fr. 65) déjà versées aux conseils successifs de celle-ci au titre de l'assistance judiciaire (cf. consid. 4b supra). L'OAI versera donc à la recourante la somme de 418

fr. 35 (2'500 fr. - 2'081 francs 65) à l'Etat (Service juridique et législatif; cf. art. 5 RAJ [règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile; RSV 211.02.3]) la somme de 2'081 fr. 65.

**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 31 mars 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que la recourante continue à avoir droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juin 2008.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV. Une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), à verser à la recourante à titre de dépens, sous réserve de la somme de 2'081 fr. 65 (deux mille huitante et un francs et soixante-cinq centimes) déjà versée au titre de l'assistance judiciaire à ses conseils successifs et qui devra être remboursée à l'Etat, est mise à la charge de l'intimé.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Anne-Sylvie Dupont (pour X. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances-sociales,

par l'envoi de photocopies.

Cette décision est communiquée, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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).

La greffière :