

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

Arrêt du 19 octobre 2018

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
MM. Piguet, juge, et Gutmann, assesseur  
Greffière : Mme Huser

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représenté par Me Karim Hichri, avocat  
auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7 et 8 LPGA ; 4 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** N. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1960, a déposé le 9 mai 2011 un formulaire de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle y indiquait travailler à 60 % environ comme auxiliaire de santé dans un Centre médico-social (CMS), situé à [...]. Cette procédure n'a pas été poursuivie.

Une nouvelle procédure de détection précoce a été initiée au mois d'août 2012, l'assurée précisant être en incapacité de travail totale depuis le 25 mai 2012.

Le 14 août 2012, la Dresse G. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a écrit à l'assurance perte de gain que sa patiente avait été victime d'une fracture du poignet droit, ostéosynthésée le 4 octobre 2010 avec une évolution extrêmement défavorable et qu'elle avait développé une maladie de Sudeck. Le médecin précité précisait que sa patiente présentait encore de vives douleurs nécessitant un traitement antalgique lourd et qu'elle avait développé un état dépressif réactionnel dans un contexte de douleurs vives et chroniques. La Dresse G. \_\_\_\_\_ considérait qu'il s'agissait d'une conséquence et non d'un contexte psychiatrique perturbé à l'origine de douleurs psychosomatiques.

Une demande de prestations en vue de l'obtention d'une rente ou de mesures professionnelles a été déposée le 11 décembre 2012 par l'assurée. Celle-ci indiquait avoir souffert d'une fracture au poignet.

Dans un rapport du 21 décembre 2012, la Dresse G. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants ayant une répercussion sur la capacité de travail :

- Fracture du radius distal droit ostéosynthésée le 4 octobre 2010,

- Cure de tunnel carpien droit le 22 décembre 2010,
- Sudeck du membre supérieur droit,
- Etat dépressif réactionnel.

Le médecin a constaté des cervicalgies, des douleurs à la mobilisation du poignet droit, une hypoesthésie du pouce et de la face radiale du bras gauche et des douleurs de l'épaule droite. L'assurée n'était pas capable d'exercer des mouvements de force au niveau de son membre supérieur droit. Dans ces conditions, elle était dans l'incapacité de soutenir une personne âgée pour l'habillage, la mise de bas ou l'aide à la douche.

Dans un rapport du 3 janvier 2013, le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin-chef du service d'anesthésiologie et d'antalgie de l'hôpital de [...], a posé le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe du membre supérieur droit existant depuis 2010.

Dans un rapport du 7 janvier 2013, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main et chef de clinique à la Permanence de Permanence M.\_\_\_\_\_, a posé les diagnostics de status après ostéosynthèse du radius distal droit pour fracture extra-articulaire avec bascule dorsale de 15° (4.10.2010), de syndrome douloureux régional complexe (CRPS) de type 1 du membre supérieur droit, de status post-libération du nerf médian au poignet droit (22.12.2010) et d'état dépressif.

Selon le Dr D.\_\_\_\_\_, l'assurée n'arrivait même plus à serrer la main et elle gardait son coude au corps ; les tremblements étaient importants. Le médecin précisait encore que l'assurée aurait dû se présenter à la consultation en septembre 2012 mais qu'il n'avait pas eu de nouvelles depuis mi-juin 2012.

Le Dr D.\_\_\_\_\_ a joint à son rapport diverses lettres qu'il a adressées au médecin traitant de l'assurée et au médecin de l'assureur perte de gain, dont la suivante, datée du 20 juin 2012 :

« J'ai réévalué Mme N. \_\_\_\_\_ à ma consultation le 15 juin 2012.

**Diagnostic :**

- Status à 20 mois après ostéosynthèse du radius distal droit suivie d'un syndrome douloureux régional complexe de type I du membre supérieur droit

Mme N. \_\_\_\_\_ va de plus en plus mal. Il y a trois semaines, est apparue une tuméfaction brutale de la main droite. Son médecin-traitant l'a ainsi remise à l'arrêt de travail à 100 % dès le 25.5.2012. Elle dort 3-4 h. par nuit en raison des douleurs qui ne sont pas totalement contrôlées par Oxycontin 1 compr. le matin, 1 compr. le soir et Lyrica 150 mg le matin et 150 mg le soir. Les douleurs de fond au repos sont à 4.5 sur 10, durant les activités de vie quotidienne à 8.5 sur 10 et à l'activité lourde à 9.8 sur 10. Le Lyrica a permis d'effacer les lancées électriques.

Au status, patiente très apathique aujourd'hui (médicaments ou dépression réactionnelle ou douleurs chroniques). Elle est incapable de me serrer la main normalement comme à l'habitude et garde son coude collé au corps sans bonne extension des doigts et sans force de serrage.

A l'examen du poignet E/F 45-0-40 (doit s'aider de la main gauche pour poser son avant-bras droit vertical le coude sur la table.

Prise de force au Jamar 5 kg à droite, 29 kg à gauche, Key pinch 1.75 kg à droite (9 kg à gauche). Durant les prises de force, difficulté extrême pour relâcher le Jamar de la main droite mais aussi de la main gauche, avec un tremblement du membre supérieur droit.

L'examen de l'épaule montre une abduction active à 45° et une antéflexion à 90° suivies d'un tremblement intense de la main droite.

En dehors de la poursuite de la physiothérapie, je n'ai pas de proposition thérapeutique. Je laisse bien évidemment l'indication à une stimulation médullaire aux anesthésistes. Je note toutefois que dans sa prise en charge en antalgie, Mme N. \_\_\_\_\_ n'a pas encore bénéficié d'une évaluation psychologique. J'en ai parlé à la patiente et elle n'y est pas défavorable. »

Une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, psychiatrique, chirurgie de la main et neurologique) réalisée par les Drs R. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecin interne générale, O. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, L. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main, et X. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a été effectuée au Bureau d'expertises médicales (BEM) à la requête de l'assureur perte de gain. Le rapport de ces médecins du 27 mai 2013 avait notamment la teneur suivante :

**«5. DISCUSSION**

**5.1 RESUME DE L'HISTOIRE MEDICO-ASSECUROLOGIQUE**

[...]

## **5.2 AU PLAN SOMATIQUE**

### **Au plan rhumatologique et de la médecine interne**

L'expertisée décrit une antalgie insuffisante en phase aiguë (sic), le jour de sa fracture, le 04.10.2010 jusqu'en fin de journée où elle est entrée en salle d'opération pour une réduction sanglante avec mise en place d'une plaque en titane à stabilisation angulaire. Mme décrit une forte angoisse en salle d'opération alors qu'elle supportait très mal son garrot et qu'elle ressentait les gestes du chirurgien, à ses dires, malgré une sédation d'accompagnement. Elle pleure encore en évoquant ce souvenir. Elle dit que ce souvenir la poursuit.

En revanche sur le rapport de la PMU de novembre 2010 où Mme est suivie pour sa dyslipidémie, il n'est pas retenu cet état douloureux du membre supérieur, ni cette détresse. On évoque que l'arrêt de travail post-accident avait permis à Mme de mieux gérer son stress, elle faisait de longues promenades et était motivée pour diminuer ses multiples facteurs de risque cardio-vasculaire. Les données des médecins de la PMU sont dès lors moins alarmantes que celles du médecin traitant.

Mme se plaignant de dysesthésies de la main apparues déjà lors du port de l'attelle d'immobilisation post-opératoire, qui ont perduré à l'ablation de l'attelle, sa chirurgienne de la main l'adresse au neurologue qui confirme la présence d'un syndrome du tunnel carpien plus marqué à droite, compatible avec une complication post-traumatique, en relation avec l'œdème local post-fracturaire. Il s'agissait d'une décompensation passagère d'un état antérieur, l'atteinte étant bilatérale et Mme ayant annoncé quelques symptômes antérieurs à l'accident. Cette décompensation m'apparaît avoir été résolue par la décompression chirurgicale, sur le plan objectif avec normalisation de l'ENMG post-opératoire, ce qui est confirmé par deux neurologues, et l'expert neurologue actuellement, mais nullement sur le plan subjectif par la patiente.

Les symptômes algiques, dysesthésiques, se sont encore étendus après cette opération.

On assiste aussi à une aggravation du trouble douloureux dans les mois qui suivent, avec des douleurs qui s'étendent dans les deux membres supérieurs dans les 4 mois post-accident. Localement, et objectivement les actes du dossier décrivent une bonne récupération de l'amplitude du poignet, mais une impotence fonctionnelle marquée. Un syndrome douloureux régional complexe est suspecté sans que l'on ne trouve dans les éléments du dossier l'évocation des critères d'Harden dans leur totalité, sans que les différents médecins intervenants n'aient jugé opportun d'éclaircir la situation. Le stade de cette éventuelle complication n'a pas été recherché par un examen scintigraphique, on n'a pas non plus cherché à la prouver par des clichés radiologiques étagés des 2 membres supérieurs à la recherche d'une asymétrie de la trame osseuse, à la recherche d'une ostéopénie mouchetée.

La réponse au Miacalcic® a été insignifiante selon votre assurée. La poursuite de la physiothérapie, de l'ergothérapie ne s'est pas soldée d'une amélioration fonctionnelle significative.

Certains paramètres allaient pourtant dans le sens d'une amélioration, telle que l'évolution radiologique sur le site lésionnel, sans signe évident d'algodystrophie radiologique, avec une plaque d'ostéosynthèse en place, une bonne réduction de la fracture, la récupération de l'amplitude articulaire du poignet, l'absence de descriptif d'un schéma de capsulose de l'épaule ou des doigts, l'absence de rétractions tendino-musculaires, pour se conforter au diagnostic d'algodystrophie que les médecins n'ont toujours retenu que « probable », mais jamais « définie ».

Un avis rhumatologique est donné à 6 mois d'évolution. La mobilité est quasiment complète au niveau du poignet et des doigts, ce qui parle contre une algodystrophie. On suggère à Mme de reprendre son travail à partir de mai 2011 en pronostiquant une pleine reprise progressivement. Sa chirurgienne de la main envisageait quant à elle une pleine reprise dans un rapport établi en septembre 2011. Les signes d'algodystrophie n'apparaissent plus évidents à ce moment-là. Ils ne remplissent en tout cas pas les critères habituellement reconnus pour ce syndrome à la lecture des actes du dossier. Seule l'allodynie dépassant le territoire anatomique lésé est évoquée. Il n'y a pas de trouble trophique, des phanères, des ongles, pas de rétraction évidente des structures tendino-ligamentaires décrites. On ne décrit pas que Mme ait une amyotrophie, ni des signes typiques de sous-utilisation, pas de déminéralisation osseuse radiologique.

Nous ne retenons dès lors rétroactivement pas suffisamment d'arguments probants pour une algodystrophie active, à 6 mois de l'accident.

Un tableau de sous-utilisation selon les critères de kinésiophobie de Tampa apparaît le plus probable.

Mme a repris son travail devant l'absence d'affection médicale pour reconnaître la poursuite d'une (sic) arrêt de travail, au début janvier 2012, à 14 mois de l'accident. Elle travaillait à 60 % de sa capacité habituelle. L'arrêt de travail a été plus long que ce que pronostiquait sa chirurgienne de la main et son rhumatologue initialement. Il a été plus long que ce que suggère le diagnostic initial.

Alors que le travail avait été repris en plein, et que le status décrit par la chirurgienne de la main était compatible avec cette pleine reprise, il a été envisagé d'arrêter le traitement physique de physiothérapie. Mme a eu, selon sa chirurgienne, une réaction émotionnelle marquée, ayant fondu en larme et expliquant qu'elle ne pouvait poursuivre son travail sans la physiothérapie et sans un traitement de Zaldiar®. Les amplitudes du poignet étaient notées quasiment normales, il existait une discrète limitation de l'épaule homolatérale à 120° d'abduction-antéflexion, cela n'évoque pas un schéma de capsulose important. On ne retient pas de limitation des rotations, ce qui signe un bon pronostic.

Le médecin traitant, la Dresse G. \_\_\_\_\_ est confrontée à une recrudescence de l'état douloureux à ce moment-là, si bien qu'elle envisage des mesures invasives d'antalgie et adresse sa patiente à Morges, au Dr F. \_\_\_\_\_.

Depuis lors la patiente a été mise à l'arrêt de travail complet.

L'effet antalgique de 3 blocs stellaires n'a visiblement pas été de longue durée, voire insignifiants selon l'expertisée. L'on en est arrivé

à l'indication à une stimulation médullaire dans l'idée diagnostique du CRPS. L'antalgiste décrit une hypersudation de la peau, une discoloration, sans confirmer les autres critères. Dans le courrier complémentaire qu'il nous a adressé, il reprend le descriptif subjectif de sa patiente qui relatait que sa main changeait de couleur. Ces éléments peuvent avoir été influencés par les blocs stellaires, sur le plan du diagnostic différentiel. Le diagnostic de CRPS avant l'implantation de l'électrode n'a pas été appuyé sur une vérification du status radiologique ou scintigraphique du membre supérieur, éléments pourtant importants du diagnostic différentiel. Il n'y a pas eu de recherche d'un état douloureux antérieur. Pourtant les éléments du dossier du médecin traitant que nous avons recherché avant de vous rendre nos conclusions relatent des troubles douloureux rebelles fort anciens, évoquant que Mme est sujette à des troubles allodymiques de longue date.

Mme N.\_\_\_\_\_ décrit un parfait état de santé avant l'accident et nie avoir eu un état douloureux chronique antérieurement. Elle ne m'a pas informée d'avoir eu un suivi psychiatrique antérieur. Elle ne m'a pas informée avoir eu un suivi par nos confrères du Centre C.\_\_\_\_\_ en 2005 pour des douleurs ubiquitaires évoluant depuis 2004 évoquant un syndrome douloureux chronique, dans un contexte de syndrome de fatigue chronique proche d'une fibromyalgie selon le rapport du Dr B.\_\_\_\_\_. Nous avons pourtant longuement discuté de l'année 2005, Mme m'ayant parlé de sa lésion gynécologique post-opératoire.

La stimulation médullaire a été posée visant à diminuer les douleurs dans le territoire distal du membre supérieur. Mme explique que cela n'a jamais enlevé la sensation désagréable et douloureuse plus proximale qu'elle ressent depuis qu'elle a eu le garrot lors de l'intervention initiale du 04.10.2010 et que ces douleurs-ci sont plus importantes depuis qu'on lui a signalé que l'électrode s'était déplacée.

Selon le courrier de la Dresse G.\_\_\_\_\_ à votre assurance le 14.08.2012, ce sont ces vives douleurs qui ont nécessité ce traitement lourd au plan antalgique. Un état dépressif réactionnel est évoqué.

Les documents que l'expertisée nous a amenés, notamment le rapport de son cardiologue du 14.12.2009 relatent la présence d'un syndrome métabolique et la notion de thoracodynies qui s'étaient chronifiées dans un contexte de déconditionnement à l'effort et d'obésité à ce moment-là. Les investigations ont écarté l'hypothèse étiologique d'une cardiopathie ischémique, hypertensive, ou valvulaire. On lui a proposé les mesures de prévention primaire et notamment la prise de Simvastatine®.

Les documents de la PMU, notamment le rapport médical du 24.11.2010 rapportent des douleurs musculo-squelettiques attribuées au traitement de statines, et une gêne abdominale. Relevons qu'un premier rapport de la PMU que nous avons obtenu après avoir vu cliniquement votre patiente relate des états douloureux diffus depuis l'âge de 20 ans. L'arrêt des statines avait amélioré les douleurs et l'arrêt de travail des suites de l'accident permettait à Mme d'augmenter ses promenades quotidiennes et avait permis de réduire un facteur de stress important. On décrit notamment que les douleurs musculaires diffuses avaient totalement disparu. On n'évoque pas d'impotence fonctionnelle du

bras dans le rapport du 24.11.2010. Pourtant Mme nous annonce que cela a toujours été au premier plan depuis l'accident.

Dans le status, à ce moment-là, il n'est pas évoqué d'élément suggérant une algodystrophie, diagnostic relativement bruyant, qui n'aurait pu échapper aux internistes qui ont examiné Mme.

J'estime que les données anamnestiques n'ont pas été complètes au moment où je me suis entretenue avec votre assurée. J'ai recherché des antécédents au niveau de l'appareil locomoteur, d'autant que sa soeur est atteinte d'une polyarthrite. Mme a clairement récusé tout état douloureux antérieur, toute prise en charge pour son appareil locomoteur, ce qui ne correspond pas aux informations obtenues par mes recherches ultérieures.

Mme décrit une situation socio-professionnelle sans faille avant l'accident, ce qui correspond au descriptif de l'entretien avec l'expert en dommages du 19.05.2011. Elle ne décrit pas de problème de santé antérieur. Ceci ne correspond pas aux données de la PMU évoquant un passé de thoracodynies chroniques, de douleurs abdominales et musculaires lors d'un traitement de statines et ne correspond pas aux données du Dr B. \_\_\_\_\_ du Centre C. \_\_\_\_\_.

Le Dr F. \_\_\_\_\_ décrit le 04.05.2012 que Mme présente les caractéristiques de douleurs neuropathiques. Je retrouve en effet une réponse positive au questionnaire DN4 des douleurs neuropathiques. Il décrit aussi qu'elle présente toutes les caractéristiques d'un CRPS du membre supérieur droit sans préciser quels critères il utilise. Il décrit le 14.05.2012 certaines caractéristiques objectives avec hypersudation, discoloration cutanée évoquant une activation du système nerveux autonome. Il note une hypesthésie (sic) tactile à la face radiale de l'avant-bras et un soulagement après deux blocs stellaires.

Je confirme que Mme présente toutes les caractéristiques du CRPS - au plan subjectif - et que quelques éléments objectifs sont mis en évidence par le Dr F. \_\_\_\_\_ mais ils sont insuffisants si l'on s'en tient aux critères actuellement admis. Mon confrère décrit que suite à un bloc stellaire sous ultrason réalisé le 01.05.2012 les douleurs ont quasiment instantanément disparu. Mme ne le confirme pas, disant que le bloc stellaire n'a eu qu'un effet modéré, notamment sur les douleurs proximales, notamment au site où elle a eu le garrot lors de l'opération du 04.10.2010. Les 2 blocs suivants ont eu des effets de moins en moins significatifs. La Dresse (sic) D. \_\_\_\_\_ relate dans son rapport du 09.05.2012 que le premier bloc stellaire était resté sans efficacité. J'ai eu la confirmation d'une efficacité totale d'une dizaine d'heures selon le Dr F. \_\_\_\_\_.

Il y a beaucoup d'éléments contradictoires entre les allégations de l'expertisée et les données médicales.

J'ai eu la confirmation qu'il ne s'agissait pas d'un bloc avec injection dont on sait qu'il peut augmenter la douleur dans l'algodystrophie mais d'un bloc avec la lidocaïne pouvant être efficace quelques heures.

Je dénonce encore une fois une discordance entre les allégations de l'antalgiste, celles du médecin traitant, celles de la patiente.

La prise en charge apparaît de toute évidence avoir été difficile et les plaintes subjectives appariassent (sic) varier quelque peu d'un intervenant à l'autre.

A mon propre examen dirigé sur les douleurs, les présentations différentes d'allodynie, la recherche d'une fibromyalgie, Mme n'a pas cité ses antécédents douloureux chroniques, pourtant rebelles, à la lecture des documents recueillis.

Ces discordances - comme cela est souvent le cas dans ma propre expérience clinique - sont difficiles à identifier par les médecins traitants, car ils ne disposent généralement pas de l'ensemble d'éléments intercurrents ou antérieurs aussi complets que lors d'une expertise, si bien que l'on n'a pas établi de diagnostic différentiel de l'état douloureux avant les mesures invasives d'antalgie. Il est pourtant important de mentionner que Mme répond positivement à tous les critères de Waddell, qu'elle répond positivement aux symptômes d'amplification de Matheson, qu'elle répond positivement à tous les questionnaires des maladies rhumatismales. Si l'on va chercher en effet d'autres questionnaires tels que le questionnaire DAS 28 destiné au suivi des rhumatismes inflammatoires, elle répond positivement actuellement pour la totalité des articulations des deux membres supérieurs. Elle répond positivement aux questionnaires de recherche d'activité d'une spondarthrite. Si l'on recherche les critères d'autres maladies neuromusculaires, Mme décrit une baisse de force au fil de l'effort comme les patients myasthéniques. Mme répond ainsi positivement à tous les questionnaires évoquant un handicap fonctionnel subjectif.

On voit bien que l'on ne peut pas se fier dans pareille situation aux données subjectives sans chercher assidûment une corrélation radio-clinique. Il n'est pas possible médicalement au plan statistique que Mme présente simultanément une algodystrophie, des douleurs neuropathiques, un rhumatisme inflammatoire, une maladie neuromusculaire évolutive, sans substrat objectif à un délai d'observation de plus de deux ans.

En ce qui concerne l'algodystrophie nous disposons de rapports détaillés des amplitudes articulaires lors des différents contrôles de la Dresse (sic) D. \_\_\_\_\_. Par exemple le 19.03.2012, nous avons les amplitudes comparatives des deux membres supérieurs. Au niveau du poignet droit il manque 5° d'extension dorsale, 10° de flexion palmaire, l'inclinaison radiale est symétrique, il manque 10° d'inclinaison cubitale, il manque 5° en pronation, 25° en supination. L'épaule droite est mobile au-delà de l'horizontale, jusqu'à 120°. En revanche au plan fonctionnel, la force de préhension est notablement diminuée à 9 kg contre 31 kg à gauche. Notre collègue ne décrit pas d'oedème, ni de modification du flux circulatoire cutané, ni d'anomalie sudoro-motrice dans la région douloureuse selon les critères de Mersky-Bogduk, elle ne décrit pas de différence de température, d'asymétrie de volume, d'asymétrie de coloration selon les critères de Veldman<sup>15</sup>, elle ne décrit pas de trouble trophique portant sur les poils, les ongles, la peau, selon les critères d'Harden. En revanche on peut considérer comme critères positifs, dans les 3 classifications proposées, une allodynie, une hyperesthésie dépassant le territoire lésé, une douleur continue, disproportionnée par rapport à l'élément déclenchant, mais dans aucune des classifications nous n'avons la présence d'au moins un

des symptômes dans les catégories définies. Par ailleurs le diagnostic d'algodystrophie est habituellement documenté selon mon expérience, soit par une image radiologique spécifique avec une ostéopénie mouchetée, soit par une captation scintigraphique asymétrique. Ces éléments manquent dans les pièces du dossier que j'ai obtenues.

Ce rapport est relativement comparable à mon examen actuel, raison pour laquelle j'y suis revenue.

Il est relevé par la suite une aggravation de l'état douloureux avec une impotence fonctionnelle plus marquée qu'en phase initiale après la reprise du travail si bien que Mme a reçu un certificat d'arrêt de travail total le 25.05.2012 et n'a plus retravaillé depuis lors. La Dresse (sic) D. \_\_\_\_\_ a noté le 20.06.2012 que Mme gardait son coude collé au corps et s'aidait de son bras gauche pour effectuer des gestes simples. Les indices d'amplitudes étaient diminués globalement au membre supérieur droit. Mme tremblait du membre supérieur droit. Notre collègue ne décrit pas un status d'algodystrophie typique, elle suggère une prise en charge psychologique n'ayant pas d'explication, visiblement, au sens bio-mécanique, de cette évolution.

Depuis lors on décrit un état différent de la main, œdématisée et cyanosée.

Je ne suis pas convaincue que Mme ait présenté une algodystrophie. L'observation du tableau clinique actuel évoque plutôt un phénomène de sous-utilisation qui peut provoquer, en position déclive, une cyanose, un oedème pour manque de sollicitation musculaire, mais qui ne donne pas lieu aux signes trophiques habituels de l'algodystrophie rebelle.

A un délai d'observation de plus de deux ans, cette sous-utilisation ne s'accompagne pas d'amyotrophie. Mme garde des volumes musculaires symétriques, voire un peu supérieur du côté droit, comme cela est le cas du membre dominant. Lorsque je lui fais remarquer que la musculature intrinsèque de la main est bien développée, notamment son éminence thénar est plus charnue que du côté gauche, Mme m'explique spontanément que c'est de l'oedème, lié à la douleur.

Considérant qu'elle présente également un syndrome du tunnel carpien à gauche, mon diagnostic différentiel se pose avec une éventuelle amyotrophie relative du thénar à gauche, soit parce que c'est le côté non dominant, soit parce que son tunnel carpien non opéré à gauche, peut avoir évolué. Mme n'annonce toutefois pas de symptomatologie floride à gauche.

De toute évidence, je ne peux attester d'une amyotrophie du côté droit que ce soit proximale et distale.

Je n'ai pas observé de trouble sudoro-moteur, ni d'oedème, les ongles sont symétriques mis à part une onychophagie portant sur le 4ème ongle à droite. La peau n'est pas atrophiée, la pilosité est symétrique. Il n'y a pas de phénomène dystonique retenu.

Je relève qu'avant l'accident Mme avait présenté des douleurs chroniques d'autres localisations investiguées. Il n'y a pas eu d'évidence d'une atteinte cardiaque en dépit des facteurs de risque concernant des thoracodynies chroniques antérieurement.

Elle a aussi présenté des douleurs diffuses intenses lorsqu'on lui a prescrit des statines. En 2005, un trouble douloureux chronique a été clairement identifié par mon collègue rhumatologue, le Dr B.\_\_\_\_\_. Il a fait un large diagnostic différentiel étayé par des examens complémentaires. Il ne cite pas la possibilité d'une atteinte musculaire des statines. Relevons qu'il n'y a pas eu d'élévation des CK constatée par les médecins traitant son hyperlipidémie.

Au plan thérapeutique actuellement :

Mme prend une médication de Staticoncept®, médicament naturel contenant de la levure de riz rouge, pour son hyperlipidémie, du Coversum® (inhibiteur de l'enzyme de conversion, anti-hypertenseur) en utilisation simultanée avec l'Hygroton® ce qui nécessite une surveillance régulière de sa kaliémie. Parmi les effets indésirables fréquents du Coversum, il faut signaler la fatigue, des sensations vertigineuses, et des crampes. Il est aussi décrit comme effet fréquent la notion de paresthésies, de palpitations. Très rarement ce médicament peut provoquer des douleurs musculaires. Je ne vois pas d'effet secondaire possible dans les plaintes évoquées par l'expertisée pour l'aspirine à dose cardio-protectrice de 100 mg/j.

L'Oxycontin® pris régulièrement avec de l'Oxynorm® en réserve, est un stupéfiant, un antalgique majeur, qui peut provoquer des troubles digestifs, des paresthésies, de l'asthénie. Il est étonnant à la dose prescrite de 60 mg/j, en steady state, que l'effet antalgique soit si faible.

La Fluoxetin®, qui est prescrite depuis longtemps, depuis bien avant l'accident, ne nous paraît pas impliquer d'effet secondaire subjectif parmi les plaintes de l'expertisée.

Le Ponstan® comme tout AINS peut contribuer à des troubles digestifs, il peut diminuer l'efficacité des anti-hypertenseurs, chez certains il peut contribuer à la fatigue mais ne ne (sic) trouve pas parmi la liste des plaintes de l'expertisée de regroupement avec un effet secondaire.

Le Lyrica® (la prégabaline) à raison de 300mg/j médicament de la classe des anti-épileptiques est prescrit dans ce cas pour son effet antalgique et spécifiquement pour les douleurs à caractère neuropathiques. Il peut avoir un effet anxiogène. Il peut donner lieu à de la somnolence et à une humeur changeante, à des hyperesthésies, à des troubles digestifs mais aussi à des douleurs musculaires, à des arthralgies, à des douleurs des extrémités de manière occasionnelle.

S'il n'est pas possible dans le cadre de l'examen ponctuel de l'expertise de vérifier le monitoring thérapeutique, ni l'analyse d'un possible effet secondaire par le retrait momentané de la substance, je note que la liste médicamenteuse antalgique, en plus de l'électromodulation, reste importante. Elle n'est pas sans risque d'effets secondaires pouvant se potentialiser entre eux. Et elle n'apporte pas la reconnaissance de la part de l'expertisée d'une efficacité notable. Mme relate en effet des douleurs la plupart du temps à 8/10 et 24h/24.

Notre bilan n'a pas mis en évidence de diagnostic suggérant une antalgie devant dépasser le premier palier.

Cela a été discuté avec la co-experte psychiatre en travail de synthèse.

Au plan somatique, il n'y a pas de maladie, ni de dommage évident des suites de l'accident justifiant un état douloureux irréductible. Les discordances, les phénomènes de majoration doivent être intégrés à l'appréciation globale et ne devraient pas faire reconnaître d'emblée un échec thérapeutique ou une ascension des mesures antalgiques.

**En conclusion**, Mme N. \_\_\_\_\_ actuellement âgée de 53 ans décrit une impotence fonctionnelle majeure du membre supérieur droit des suites d'une fracture du poignet survenue en 2010, réduite par ostéosynthèse, avec des suites compliquées d'une décompensation d'une neuropathie d'enclavement au tunnel carpien, laquelle a été libérée chirurgicalement deux mois plus tard. Il n'y a pas de complication post-chirurgicale mise en évidence, ni au plan du positionnement de la plaque d'ostéosynthèse, ni au plan du site fracturaire qui ne présente pas de pseudarthrose, ni de signe d'une infection, ni d'une ostéonécrose secondaire, ni d'un cal hypertrophique, ni de lésion ligamentaire pouvant donner lieu à une instabilité. Il n'y a pas de signe d'une arthrose secondaire, la fracture étant extra-articulaire et sans défaut d'axe secondaire impliquant ce risque.

Les contrôles neurologiques avec tracé ENMG après décompression du tunnel carpien montrent des résultats physiologiques, attestant de la bonne libération du nerf au plan chirurgical.

Si l'évolution d'une algodystrophie a été suspectée, ce diagnostic n'emporte pas ma conviction. Il n'a jamais fait ses preuves au plan objectif selon les documents dont je dispose, notamment sur le plan radiologique. Ce diagnostic d'exclusion n'a pas fait l'objet d'un diagnostic différentiel. Je me suis assurée par un contrôle radiologique étendu des deux membres supérieurs que nous n'avions pas - à ce délai où l'impotence fonctionnelle reste décrite comme majeure et a notablement progressé au fil du temps - d'asymétrie de la trame osseuse, de signe d'une complication au site de l'ostéosynthèse.

Le bilan radiologique est rassurant. Il est normal après une ostéosynthèse du radius distal. Il n'y a pas d'ostéopénie évoquant une sous-utilisation chronique, ce qui est en concordance avec la clinique qui ne montre pas non plus d'amyotrophie à deux ans d'évolution.

Je n'ai pas d'explication aux plaintes de l'expertisée si bien que j'ai pris l'avant du Professeur L. \_\_\_\_\_ avec votre accord qui estime que Mme est guérie des suites de sa fracture. Il a confronté son status aux examens complémentaires radiologiques avec un arthro-CT et une IRM. Il a revu l'ensemble des documents radiologiques analysés par le Dr [...] au service de radiologie des [...].

Sa discussion est détaillée plus bas.

Je relève des antécédents d'états douloureux chroniques, rebelles, peu réceptifs aux techniques physiothérapeutiques, déjà documentés en 2004-2005. Il est relevé aussi par nos confrères de la PMU en 2008-2009 qui ont attribué cela à un possible effet secondaire des statines prescrites pour traiter une importante dyslipidémie familiale. Je précise qu'il n'y avait pas d'élévation des enzymes musculaires à ce moment-là.

Dans le diagnostic différentiel, bien que l'expertisée réponde positivement dans son anamnèse aux critères subjectifs de diverses maladies, je n'ai pas d'argument objectif pour suspecter un rhumatisme inflammatoire, une arthropathie micro-cristalline, ni pour une maladie systémique, ni pour plus une maladie évolutive. L'obésité qui s'aggrave en dépit des efforts de Mme pour pratiquer au quotidien une activité sportive en aérobie ne m'apparaît pas en relation avec une maladie endocrinienne mais avec un syndrome métabolique. Ma collègue, co-experte psychiatre a mis en évidence une hyperphagie de longue date, mais qui n'a pas de relation avec l'accident et qui est sans conséquence sur la capacité de travail.

L'impotence fonctionnelle, si elle a été plus constante lors de l'examen psychiatrique, a été fort variable lors de mon status somatique. Elle a varié d'un expert à l'autre. Elle ne s'associe pas à une rétraction tendino-ligamentaire ou capsulaire des structures anatomiques du membre supérieur droit que Mme intègre pour des activités précises.

Il n'y a à ce stade aucune atrophie musculaire ou osseuse qui orienterait vers une sous-utilisation permanente.

Le diagnostic différentiel a été discuté avec l'experte psychiatre lors de notre travail de synthèse.

Il y a des éléments d'allodynie qui entrent dans le cadre d'une fibromyalgie localisée au tronc et aux deux membres supérieurs. Mme ne répond qu'incomplètement aux anciens critères fibromyalgie de l'ACR17 reconnus jusqu'en 2010, si bien que lors de sa prise en charge au Centre C.\_\_\_\_\_ ce diagnostic a été évoqué dans le diagnostic différentiel. Elle répond en revanche aux nouveaux critères. Nous avons intégré ces critères d'allodynie aux symptômes de majoration retenus par l'experte psychiatre.

Cette allodynie est plus étendue que celle qui a été suspectée par le Dr F.\_\_\_\_\_ sur le compte d'une algodystrophie. Toutefois l'experte psychiatre ne reconnaît pas les critères d'un trouble somaforme douloureux persistant.

S'il y a eu des éléments pour un trouble de l'adaptation, avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, selon le médecin traitant, d'intensité moyenne, il est actuellement en rémission complète selon la co-experte psychiatre. Par définition, ce trouble est résolutif dans un délai de 6 mois habituellement. Il a été largement pris en compte par l'assurance accident qui a mis un terme à la causalité bien au-delà de 6 mois après l'accident.

Les éléments de discordances mis en évidence qui entrent en conflit avec la concordance radio-clinique ont fait poser à la co-experte psychiatre un diagnostic de **majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques.**

Le handicap subjectif et le trouble douloureux devraient être prise (sic) en compte dans une prise en charge globale de type psychosomatique. Ils contre-indiquent à notre avis des mesures antalgiques invasives. Il y a un risque d'ascension de la pyramide thérapeutique non dénuée d'effets secondaires potentiels, tels que le déplacement de l'électrode de neuromodulation, avec une ascension des plaintes.

J'ai tenté de rassurer Mme N.\_\_\_\_\_ qui craint de graves complications de sa fracture du poignet.

Je ne vois pas, sur la base des constatations objectives de corrélation avec les plaintes justifiant le maintien actuel de l'arrêt de travail des suites de l'accident.

### **Au plan chirurgical de la main**

[...]

A ce jour, six mois après le début de ce traitement, l'assurée conserve un état douloureux et une faiblesse subjective du membre supérieur droit. L'examen clinique révèle des troubles sensitifs atypiques sans troubles trophiques cutanés marqués, et le déploiement d'une force limitée du membre supérieur droit lors des tests en dépit d'une trophicité musculaire globalement conservée. La présence de contre-pulsions permet d'attester que la force est conservée, à 5/5 dans les différents groupes musculaires, Mme ayant déployé des contre-pulsions systématiquement sur des groupes antagonistes. Nous en avons parlé avec l'expert neurologue qui ne confirme pas de parésie mais des lâchages antalgiques.

Par ailleurs, l'examen neurologique fouillé du 4 avril 2013 confirme la guérison du syndrome du tunnel carpien et retient le diagnostic associé d'allodynie.

Comme le suggère l'experte rhumatologue et l'expert neurologue, même si Mme répond positivement à tous les questionnaires, nous n'avons pas d'argument actuel pour des douleurs neuropathiques ni pour une algodystrophie.

La limitation de certaines amplitudes articulaires, variable entre les mesures passives et actives, variable d'un expert à l'autre, rend l'examen du poignet difficile.

Lors de notre discussion de synthèse, nous n'avons pas pu confirmer de limitation reproductive, stable, convaincante.

L'imagerie du 6 mars 2013 confirme la consolidation de la fracture du radius en bonne position et met en évidence les traces d'une ancienne entorse radio-ulno-carpienne probablement concomitante, dont des éléments cicatriciels et l'absence de signes d'instabilité plaide en faveur de sa guérison.

La souffrance de Mme N.\_\_\_\_\_ apparaît authentique chez une dame émotive, qui a pleuré lorsqu'on lui a annoncé que nous ne voyons pas de complication de sa fracture.

N'ayant pas d'argument probant pour une algodystrophie, pour une maladie osseuse, tendino-ligamentaire, neurologique selon le consensus entre les experts, on n'attend pas à ce stade d'amélioration notable de prise en charge spécialisée supplémentaire, telle que de l'ergothérapie ou de la physiothérapie. Mme a eu de nombreuses séances dirigées, sous diverses approches, qui selon elles n'ont pas permis de récupération mais ont permis qu'elle soit soutenue par ses thérapeutes face à une période de découragement.

Vu qu'elle admet un effet subjectif de la neurostimulation, nous laissons le soin au Dr F.\_\_\_\_\_ de rediscuter de l'indication à modifier l'emplacement de l'électrode. Il apparaît que Mme tient beaucoup à ce moyen antalgique. Vu que Mme N.\_\_\_\_\_ craint chaque étape où l'on procède à une simplification (sic) de sa prise en charge, il faut laisser au médecin traitant le soin de voir avec l'antalgiste s'il faut maintenir ou non la neuromodulation à long

terme. Cette technique ne permet pas de résoudre les douleurs à distance qui justifient une approche plus globale, comme nous en avons discuté lors de notre travail de synthèse.

[...]

### **5.3 SYNTHÈSE DE LA DISCUSSION CONSENSUELLE ENTRE LES EXPERTS**

Mme N.\_\_\_\_\_ présente un trouble douloureux et une impotence subjective du membre supérieur droit après une fracture du poignet droit ostéosynthésée, avec une évolution radio-clinique favorable, et après un syndrome du tunnel carpien, décompensé, opéré, sans qu'au plan neurologique des signes de souffrance objectifs d'enclavement ne perdurent. Nous avons observé des aptitudes résiduelles permettant une reprise de sa capacité de travail, même si cela est parasité par un comportant (sic) important d'auto-limitations.

Le hiatus entre l'importance des plaintes et l'absence d'élément objectif probant radio-clinique a été pris en compte par la co-experte psychiatre qui identifie un syndrome de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. L'examen psychiatrique ne permet pas de retenir toutefois de co-morbidité psychiatrique atteignant le seuil d'une incapacité de travail durable.

Ce hiatus doit être pris en compte dans l'arsenal thérapeutique, afin de ne pas entrer dans une spirale de médicaments de palier 3, en plus de mesures invasives que le diagnostic ne nous paraît pas de justifier.

AU TERME DE NOTRE EXPERTISE MULTI-DISCIPLINAIRE DE MÉDECINE INTERNE-RHUMATOLOGIQUE, DE CHIRURGIE DE LA MAIN, AVEC UN BILAN RADIOLOGIQUE POUSSÉ, NEUROLOGIQUE AVEC ANALYSE ENMG ET DE CONFRONTATION AVEC L'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE, NOUS NE RETENONS PAS D'ÉLÉMENT POUR UNE INCAPACITÉ DURABLE DE TRAVAIL. LA SITUATION N'A PAS PRÉSENTÉ DE MODIFICATION DEPUIS LA CONSOLIDATION DE LA FRACTURE ET DEPUIS LA REPRISE DU TRAVAIL JANVIER 2012.
--

## **6. DIAGNOSTICS**

[cf. infra]

### **D. QUESTIONNAIRE DE LA VAUDOISE GÉNÉRALE**

[...]>

Dans un rapport du 13 janvier 2014, la Dresse H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère, sans symptômes psychotiques, actuellement en voie d'amélioration. S'agissant du constat médical, elle a écrit ceci :

«Mme N.\_\_\_\_\_ est une femme de 53 ans, faisant un peu plus jeune et présentant une surcharge pondérale. La tenue vestimentaire et l'hygiène sont dans la norme. Elle est vigile, orientée, calme et collaborante. Il n'y a pas de trouble formel de la pensée.

On relève un ralentissement psychomoteur et elle paraît régressée. On note de la tristesse et la patiente ne peut retenir ses larmes. Pleures (sic) fréquentes durant les séances, plus actuellement.

Fatigue, fatigabilité. Troubles du sommeil avec décalage du rythme nyctéméral et diminution du temps de sommeil. Troubles de l'appétit : grignotages pour calmer les angoisses, la fatigue, « se remplir de bonnes choses » ; Mme N.\_\_\_\_\_ avait pris 23 kg en 3 ans, en a reperdu 8 en 3 mois depuis juin 2013 (« pas envie de vivre, donc pas envie de manger).

On relève des angoisses par rapport à l'avenir.

Présence d'idées suicidaires scénarisées (médicaments, retenue car pas sûre de mourir et en pensant à ceux qui restent), atténuées actuellement.

Il n'a pas de symptomatologie fonde de la lignée psychotique ou maniaque.

On note un sentiment d'injustice, de ne pas être crue ni reconnue dans sa douleur physique.

Baisse de l'estime de soi, auto - dévalorisation, ne se sent plus elle-même, ne se reconnaît plus alors qu'elle était une battante, baisse les bras, n'a plus d'énergie pour aller de l'avant, impression que tout s'écroule. Sentiment de honte, se sent coupable de se montrer si mal, non droit à appartenir à la société, impression de n'être plus rien. Vit le fait de ne pas pouvoir travailler comme un « échec épouvantable ». Se sent par moment un peu perdue.

La symptomatologie psychiatrique est secondaire à la douleur et paraît également liée, du moins en partie, au sentiment de non reconnaissance par certains médecins de sa douleur.

À noter à plusieurs reprises dans la vie de Mme N.\_\_\_\_\_ un sentiment de non reconnaissance des douleurs et des lésions (perforation iatrogène intestinale avec péritonite en 2005, épisode actuel, prise en charge récente d'une pyélonéphrite, ...), sentiment réactivé lors de la réception de l'expertise.

On relève tout dernièrement une légère diminution de la symptomatologie décrite ci-dessus. »

La Dresse H.\_\_\_\_\_ exposait ne pas avoir établi d'arrêt de travail, étant d'avis que l'activité habituelle était exigible dès que l'assurée aurait retrouvé la fonctionnalité de son bras droit.

Le 16 janvier 2014, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent.

Le 17 juin 2014, la Dresse G.\_\_\_\_\_ a répondu comme suit à un courrier du 3 juin 2014 de l'OAI :

« 1. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport de février 2014 ?

Au premier plan, il faut considérer un état anxio-dépressif extrêmement sévère, avec une patiente extrêmement déprimée, apathique, « robotisée ».

De plus, elle se plaint toujours de douleurs du membre supérieur droit.

Début juin, elle décrit des précordialgies irradiant dans le membre supérieur gauche, non liées à l'effort, chez une patiente tabagique, ce qui motive des investigations cardiologiques prévues chez le Docteur [...] le 02 juillet 2014.

2. Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail si attestés par vos soins ?

La patiente est à l'arrêt de travail à 100% depuis sa fracture du poignet en octobre 2010, taux identique à ce jour.

3. Quelle est l'évolution de la capacité de travail dans l'activité habituelle d'aide-soignante, exercée à 60% avant l'atteinte à la santé somatique (fracture de l'avant-bras droit) (dates et taux) ?

La capacité de travail est de 0% dans une activité d'aide-soignante à dater d'octobre 2010.

4. Si elle n'est pas entière, la capacité de travail pourrait-elle être meilleure dans une activité adaptée ? à quel taux et depuis quand ?

Actuellement aucune activité ne peut être envisagée à un quelconque pourcentage, vu l'état dépressif et somnolent de la patiente.

5. Si cela n'est pas le cas, pour quelles raisons exactement ? respectivement, quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?

La patiente est victime d'un état dépressif sévère, et au bénéfice d'un traitement antalgique lourd, la rendant somnolente et déconnectée. Dans ces conditions, aucune activité n'est envisageable.

6. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?

La compliance est bonne. Le traitement consiste en Citalopram 1 cp/j, Iberogast 20 gouttes, Staticconcept 1cp/j, Candesartan 16/12,5 lcp/j, Aspirine 100 lcp/j, Lyrica 150 2x1cp/j, Oxycontin 2x30ing, Oxynorm en réserve, Dafalgan 1g 3x 1 cp/j, Ponstan 500 3x 1cp/1

7. Quelle est la périodicité de vos consultations ?

La patiente est régulièrement suivie à ma consultation, avec une dernière visite le 17 juin 2014. »

Le 21 juillet 2014, la Dresse H.\_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI que depuis son rapport du mois de janvier 2014, la situation était stationnaire après une amélioration passagère de l'état psychique et ce malgré un changement d'antidépresseur et l'introduction d'un suivi par une infirmière en psychiatrie dans le but de rétablir le rythme nycthémeral et mobiliser les ressources. Elle précisait ne pas avoir établi d'arrêt de travail. Il n'y avait actuellement pas de capacité de travail en raison des douleurs qui nécessitaient un traitement antalgique avec effets secondaires sédatifs. En outre, l'assurée avait de la difficulté à affronter autrui par honte de ne plus pouvoir travailler, d'avoir été licenciée et de ne pas pouvoir toucher le chômage. Elle présentait un sentiment de culpabilité.

Dans un rapport du 26 novembre 2014, le Dr K.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (SMR), a conclu, en se fondant sur l'expertise réalisée par le BEM, qu'il n'existait pas d'incapacité de travail et que la capacité de travail exigible était entière depuis le 27 mai 2013.

Par un projet de décision du 28 novembre 2014, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations AI.

L'assurée s'est opposée à ce projet par courrier du 11 décembre 2014.

Le 7 janvier 2015, la Dresse H.\_\_\_\_\_ a écrit ceci à l'OAI :

« Par la présente, je me permets de vous faire part de la situation actuelle de Mme N.\_\_\_\_\_, situation qui ne correspond pas à la description se trouvant dans l'expertise pluridisciplinaire réalisée de janvier à avril 2013 et demandée à l'époque par l'assurance perte de gain.

Diagnostic psychiatrique actuel :

F 32.2 Episode dépressif, actuellement moyen (à sévère), avec symptômes de phobie sociale

Consécutif à

- des douleurs invalidantes du membre supérieur droit remontant jusqu'à l'épaule D [droite], la nuque et la tête,
- la souffrance de ne plus pouvoir assumer les activités quotidiennes,
- la souffrance consécutive à son licenciement et au fait de ne plus pouvoir exercer un métier qu'elle aimait avec une blessure narcissique importante, une perte de l'estime de soi, un sentiment de non valeur, de la tristesse et le développement d'une angoisse à l'idée d'être confrontée à autrui, ne pouvant soutenir le regard de l'autre et occasionnant un comportement d'évitement (Mme ne sort pratiquement plus de chez elle)
- la souffrance de ne pas s'être sentie entendue par différents médecins, les experts (« pas d'explication aux plaintes de l'expertisée » donc « Mme est guérie des suites de sa fracture », expertise citée plus haut p. 56/79), puis par l'Al, renforçant encore la symptomatologie dépressive.

Actuellement, Mme N.\_\_\_\_\_ présente une symptomatologie dépressive avec des angoisses importantes le soir générant l'apparition d'idées suicidaires scénarisées, Mme étant retenue en pensant à sa famille.

Hamilton du 7 janvier 2015: 26, correspondant à un état dépressif moyen à sévère.

Différents traitements ont été tentés. La trazodone avait dernièrement (septembre 2014) permis à Mme N.\_\_\_\_\_ de retrouver un peu le sommeil et un rythme nyctéméral s'approchant de la normale. Cependant, ce traitement a dû être interrompu en raison de l'apparition d'une réaction allergique (urticaire généralisé). Un nouvel antidépresseur a été introduit.

Mme N.\_\_\_\_\_ bénéficie par ailleurs de l'intervention à domicile d'une infirmière en psychiatrie afin de l'aider à réorganiser ses journées, tenter de sortir de chez elle et de lui offrir du soutien.

Mme N.\_\_\_\_\_ semble actuellement figée dans une situation sans issue, avec exacerbation d'une angoisse en rapport avec le futur.

Dans ce contexte, il me paraît important que Mme N.\_\_\_\_\_ puisse être évaluée par rapport à sa situation actuelle, et non à celle qui était effective il y a 2 ans où Mme avait encore de l'espoir et attendait de l'expertise des réponses à ses questions et des solutions.

Une intervention de l'Al pourrait permettre à Mme N.\_\_\_\_\_, dès que son état psychique le permettra, d'effectuer un bilan socio-professionnel ou un atelier ressources afin de lui offrir des perspectives et lui permettre de se projeter dans un futur. Par la suite, une évaluation de la capacité résiduelle de travail pourrait être proposée. »

Le 16 février 2015, le Dr F.\_\_\_\_\_ a écrit ceci à la Dresse G.\_\_\_\_\_ :

« Notre patiente commune me fait savoir que sa demande de rente d'invalidité avait été rejetée et qu'un recours avait été formulé.

En effet, l'Office de l'Assurance-Invalidité du canton de Vaud conclu (sic) que les troubles présentés par Madame N.\_\_\_\_\_ ne justifient pas une incapacité de travail de longue durée, en l'absence d'une atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI. Il mentionne également qu'aucune limitation fonctionnelle n'est objectivable tant sur le plan somatique que psychique. Ces conclusions sont basées sur un rapport d'expertise multidisciplinaire que la patiente a subi de janvier 2013 à avril 2013.

Je ne peux pour ma part que soutenir la patiente dans cette démarche de recours, car il est évident qu'une entière capacité de travail ne peut pas lui être reconnue au vu des souffrances qu'elle endure depuis maintenant presque cinq ans.

Pour rappel, je la suis à la consultation d'antalgie depuis avril 2012 où un CRPS de type II a été diagnostiqué avec mise en place d'une électrode épidurale cervicale en septembre 2012. A mon sens, cette décision de l'Office de l'AI est contestable en plusieurs points et il est notamment incorrect d'affirmer qu'aucune limitation fonctionnelle n'est objectivable. En effet, le diagnostic de CRPS posé par le Dr D.\_\_\_\_\_ avait été confirmé par le Dr Z.\_\_\_\_\_, neurologue, en 2012 déjà. Par la suite, des signes évidents de CRPS avaient été objectivés à ma consultation sous forme d'asymétrie de température, sudation et troubles moteurs avec diminution de la motricité fine des doigts de la main droite. Nos ergothérapeute (sic) du Secteur de rééducation sensitive de l'Hôpital de [...] ont quant à eux objectivé une atteinte de la branche cutanée palmaire du nerf médian avec allodynie mécanique, atteinte du nerf cutané de l'épaule avec allodynie mécanique, atteinte du nerf grand occipital avec allodynie mécanique et atteinte de la branche postérieure du cinquième nerf thoracique avec allodynie mécanique également. De plus comme chacun sait, il n'existe pas de mesure objectivable de la douleur aussi bien aiguë que chronique, il n'est pas rare de se retrouver face à des examens paracliniques normaux dans de nombreux syndromes douloureux chroniques.

Quant à l'expertise multidisciplinaire demandée par la Vaudoise Générale et dont le rapport date du 27 mai 2013, elle contient une multitude d'inexactitudes. Je me contenterai ici de relever celles qui concernent ma prise en charge en antalgie à l'Hôpital de [...].

Il y est notamment mentionné que « malgré l'inefficacité du bloc stellaire effectué le 1er mai 2012, une stimulation médullaire est proposée ». S'il est vrai qu'un bloc sympathique positif est un facteur prédictif de succès d'une stimulation médullaire dans le cadre du CRPS, il n'en demeure pas moins largement admis dans la littérature, qu'un bloc sympathique négatif ne représente en rien une certitude d'échec à une stimulation médullaire.

Il est également mentionné que « le diagnostic de CRPS avant l'implantation de l'électrode n'a pas été appuyé par une vérification du status radiologique ou scintigraphique du membre supérieur, élément pourtant important du diagnostic différentiel selon les experts. » Là encore, selon les critères diagnostics révisés du CRPS de 2003 (critères de Budapest), le diagnostic repose d'une part sur l'anamnèse et le rapport subjectif de symptômes de la part du patient et d'autre part, sur l'examen clinique du patient. Aucun examen radiologique n'est requis pour en faire le diagnostic.

Finalement, il est reproché à Madame N.\_\_\_\_\_ tout au long du rapport d'expertise, une consommation abusive d'alcool que la patiente nie. Elle déclare même avoir cessé toute consommation même sociale d'alcool depuis mai 2012. Néanmoins, plusieurs experts accusent la patiente de continuer à boire et même de mâcher un chewing-gum durant l'entretien pour masquer un foetor alcoolique... D'autres concluent que si le dosage des enzymes hépatiques n'a pas été effectué, c'est de la faute de la patiente et de ses veines très fines...

En résumé, s'il existe bien des discordances d'avis concernant les diagnostics et constatations objectives, il me semble que nous sommes tous d'accords, expert du bureau médical y compris, pour dire que le cas de Madame N.\_\_\_\_\_ est extrêmement complexe, qu'elle n'est pas une simulatrice et qu'elle se trouve dans un état de souffrance profonde. »

Un examen rhumatologique et psychiatrique de l'assurée a été pratiqué au SMR par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et la Dresse P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le rapport du 30 juillet 2015 de ces médecins se terminait ainsi :

« **DIAGNOSTICS**

- **avec répercussion durable sur la capacité de travail**

- AUCUN DIAGNOSTIC SUR LE PLAN OSTÉOARTICULAIRE.
- AUCUN DIAGNOSTIC SUR LE PLAN PSYCHIATRIQUE.

- **sans répercussion sur la capacité de travail**

- CONSOLIDATION D'UNE FRACTURE DE L'ÉPIPHYSE DISTALE DU RADIUS D, TRAITÉE PAR OSTÉOSYNTHÈSE ET PROBABLE ENTORSE DU POIGNET, SUIVIE D'UNE POSSIBLE ALGONEURODYSTROPHIE (CRPS), ACTUELLEMENT RÉSOLUE. S52.5, M89.0.
- SYNDROME DU TUNNEL CARPIEN BILATÉRAL, OPÉRÉ À D, ASYMPTOMATIQUE À G. G56.0.
- SPONDYLOSE CERVICALE ET DORSALE ÉTAGÉE, AVEC LÉGER PINCEMENT DISCAL EN C5-C6 ET C6-C7. M47.8.

- MAJORATION DE SYMPTÔMES PHYSIQUES POUR DES RAISONS PSYCHOLOGIQUES .F68.0
- TRAITES DE PERSONNALITÉ HISTRIIONIQUE.F60.4

### **APPRÉCIATION DU CAS**

Dans les suites d'une fracture du poignet D, opérée le 04.10.2010, l'assurée signale la persistance de douleurs sur l'ensemble du poignet, accompagnées de fourmillements au bout des 5 doigts. La douleur s'est progressivement étendue sur un trajet suivant le pouce, l'avant-bras côté palmaire, la partie postérieure du coude, le biceps, l'épaule, la clavicule l'omoplate, se prolongeant le long de la nuque jusqu'au côté D du visage et de la tête. Suite à la chute, il y avait aussi des douleurs dorsales, de la colonne lombaire qui ont répondu favorablement à un traitement d'ostéopathie.

Après l'opération du tunnel carpien le 22.12.2010, l'assurée dit qu'il n'y a pas eu de changement concernant les douleurs. Malgré les douleurs, elle a repris progressivement son travail d'aide-soignante, puis après avoir travaillé un certain temps à son taux habituel de 60%, l'assurée a cessé son activité, les douleurs du MSD [membre supérieur droit] étant trop fortes. Un Sudeck (algoneurodystrophie, CRPS) a été diagnostiqué cliniquement par les médecins traitants. La pose d'un stimulateur médullaire, en 2012, a permis de diminuer très légèrement les douleurs. L'assurée déclare qu'il persiste des sensations de fourmillements dans tous les doigts de la main D, alternant avec des sensations d'engourdissement. Le pouce est douloureux dès qu'elle le bouge. La douleur du poignet est permanente, comme dans un étau. Il y a des douleurs comme des coups de poignard à la face palmaire de l'avant-bras plusieurs fois par jour, des sensations de coups de poignard et d'écrasement dans un étau au niveau du biceps, la sensation d'un pieu planté en travers de l'omoplate. La nuque est aussi douloureuse, de même que la tête du côté D. Les douleurs augmentent le soir ou lors des mouvements du MSD. L'assurée dit que les douleurs ont diffusé sur tout le corps depuis qu'elle a arrêté de bouger. Elle ne peut pas préciser à partir de quelle date les douleurs ont diffusé sur l'ensemble du corps.

A l'examen clinique, les déplacements se font avec lenteur. L'assurée titube comme si elle était en état d'ébriété. Elle n'utilise pratiquement pas le MSD, qui reste pendant le long du corps. La température est identique entre les 2 MS. Il n'y a pas de discoloration, pas de transpiration, pas d'hypersudation, pas de trouble trophique. L'assurée s'oppose à la mobilisation de l'épaule D par de fortes contre-pulsions. La mobilité des coudes est bonne. La mobilisation active du poignet et des doigts est fortement limitée du côté D lors de l'évaluation des amplitudes articulaires. Lorsque l'assurée écrit de la main D, elle enroule spontanément ses doigts. La mobilisation passive du poignet D n'est que légèrement diminuée ; la mobilité des doigts est bonne.

Concernant le rachis, l'assurée limite les amplitudes articulaires dans tous les axes, ce qui ne permet pas d'évaluer les amplitudes

maximales. Les douleurs palpatoires touchent l'ensemble du corps avec une prédominance au niveau du MSD.

La trophicité musculaire est bonne. L'assurée lâche contre une faible résistance au niveau de l'ensemble du MSD. La force est bonne lorsque l'assurée effectue des contre-pulsions afin de s'opposer à la mobilisation passive de l'épaule. Il y a une allodynie de l'ensemble du MSD avec une préservation de la sensibilité posturale. Le test de Tinel et le test de Phalen provoquent des douleurs qui ne se superposent pas au territoire d'innervation du nerf médian.

Les radiographies de la colonne cervicale du 17.01.2013 montrent de légers pincements intersomatiques en C5-C6 et C6-C7, avec une ostéophytose antérieure. Les radiographies de la colonne dorsale du 17.01.2013 montrent une ostéophytose antérieure étagée. Les radiographies des épaules et des coudes du 17.01.2013 sont normales à l'exception d'un minime ostéophyte au niveau de l'apophyse coronoïde du cubitus D. Les radiographies du poignet du 17.01.2013 montrent une bonne consolidation de la fracture radiale à D, avec un matériel d'ostéosynthèse en place. La trame osseuse est normale, sans déminéralisation mouchetée pouvant évoquer une algoneurodystrophie. Il y a un minime fragment osseux au versant cubital de l'épiphyse radiale. Les radiographies des poignets et l'arthrographie du poignet D du 06.03.2013 montrent la persistance du petit fragment osseux. La consolidation de la fracture est bonne. L'interligne scapholunaire D est discrètement élargi sans rupture ligamentaire. Il y a un petit passage du produit de contraste au niveau du ligament lunopyramidal, et au voisinage de la styloïde cubitale au niveau de la zone d'insertion du ligament triangulaire. Le CT-scan du poignet D du 06.03.2013 confirme la bonne consolidation de la fracture. Le ligament scapholunaire est en continuité. Le ligament lunopyramidal est un peu irrégulier sans déchirure transfixiante. Présence de signes de petites lésions insertionnelles partielles du ligament triangulaire (TFC) sur la styloïde cubitale. Ces images évoquent les séquelles d'une ancienne entorse en regard de la styloïde cubitale.

Le bilan radiologique montre une bonne consolidation de la fracture du poignet. L'EMG effectuée par le Dr Z. \_\_\_\_\_ montre une bonne récupération du nerf médian après la décompression chirurgicale (cf rapport du 08.03.2011). Concernant les fourmillements de la main D, la distribution ne correspond pas au territoire du nerf médian. Lors de l'examen de ce jour, il n'y a plus de signes objectifs d'algoneurodystrophie ; il n'y a pas d'enraidissement articulaire ni de troubles dystrophiques pouvant évoquer un stade séquellaire. Les troubles dégénératifs de la colonne cervicale et dorsale objectivés sur les radiographies du 17.01.2013 sont des découvertes banales, en rapport avec l'âge de l'assurée. Il n'y a plus de substrat organique objectivable pouvant expliquer les douleurs et les autolimitations présentées par l'assurée.

Le diagnostic d'algoneurodystrophie a été mis en doute par le Dr R. \_\_\_\_\_ selon son rapport expertise du 27.05.2013. Aucune imagerie (scintigraphie osseuse) n'a été effectuée afin de confirmer ce diagnostic. La peau légèrement marbrée et bleutée de la main et de l'avant-bras distal D mentionnée par le Dr Z. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 08.03.2011, la main D tuméfiée et discrètement

cyanosée mentionnée par le Dr G. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 17.07.2012, l'asymétrie de température, la sudation et les troubles moteurs mentionnés par le Dr F. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 16.02.2015, ne sont pas spécifiques d'une algoneurodystrophie. Les séquelles de la fracture et une sous-utilisation du MSD peuvent provoquer ces différents signes. En l'absence de corrélation radioclinique, nous parlerons de possible algoneurodystrophie dont les signes cliniques ne sont plus présents lors de l'examen de ce jour.

En l'absence de substrat organique aux douleurs diffuses et aux autolimitations de l'assurée, il n'y a pas lieu de retenir une IT [incapacité de travail] permanente sur le plan ostéoarticulaire.

Le Dr G. \_\_\_\_\_ indique, dans son rapport du 17.06.2014 qu'aucune activité ne peut être envisagée à un quelconque pourcentage vu l'état dépressif et somnolent de la patiente. Selon le Dr G. \_\_\_\_\_ l'état de somnolence est provoqué par le traitement antalgique. Ce ne sont donc pas des causes somatiques qui sont à l'origine de l'IT.

Le Dr F. \_\_\_\_\_ mentionne qu'il avait objectivé des signes de CRPS (cf rapport du 16.02.2015). Toutefois, ces signes ne sont plus présents actuellement. Le médecin relève des atteintes de multiples nerfs objectivés par les ergothérapeutes. Toutefois, les douleurs présentées par l'assurée débordent largement des territoires d'innervation de ces différents nerfs. D'autre part, l'assurée n'est pas connue pour une neuropathie multiple. Seule une neuropathie des nerfs médians aux poignets a été objectivée. Il n'y a donc pas de substrat somatique actuellement expliquant les plaintes de l'assurée.

La fracture du poignet D survenue le 04.10.2010, puis la décompression du nerf médian au poignet D le 22.12.2010, et la survenue d'une possible algoneurodystrophie justifient une incapacité de travail totale dans toute activité. La consolidation de la fracture, la décompression du nerf médian et la résolution des signes d'algoneurodystrophie ont permis à l'assurée de reprendre son activité d'aide-soignante à 40% dès le 11.06.2011, à 60% dès le 03.01.2012, puis une reprise totale dès le 06.02.2012 (cf rapport Dr D. \_\_\_\_\_ du 19.03.2012). Il n'y a donc pas lieu de retenir d'IT au-delà du 06.02.2012 sur le plan ostéoarticulaire.

Sur le plan psychiatrique, il s'agit d'une assurée, née le 12.12.1960, d'origine française, Suisse depuis 1995, mariée, mère d'un enfant adopté, bénéficiant d'un brevet dans l'hôtellerie, ayant exercé d'abord dans l'hôtellerie, puis comme aide-soignante.

Suite à un accident survenu le 04.10.2010, accident au travail, en aidant une patiente à faire sa toilette, l'assurée se fracture l'avant-bras D. Cette fracture est l'objet d'une ostéosynthèse avec Sudeck dans les suites et réactivation d'un syndrome du tunnel carpien ancien.

En raison d'une IT persistante, l'assurée dépose une 1ère demande des prestations AI en date du 13.12.2012.

Dans son rapport en date du 21.12.2012, la Dresse G. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, atteste que l'assurée présente une fracture du

radius distal D, avec ostéosynthèse le 04.12.2010, une cure de tunnel carpien D le 22.12.2010, un Sudeck du MSD, ainsi qu'un état dépressif réactionnel. L'assurée a été adressée au service d'antalgie de l'Hôpital de [...]. La Dresse G. \_\_\_\_\_ atteste d'une IT totale depuis le 04.10.2010.

En date du 27.05.2013, une expertise pluridisciplinaire demandée par la Vaudoise générale est rendue. Cette expertise pluridisciplinaire comporte une expertise rhumatologique en date du 15.01.2013, une expertise psychiatrique en date du 22.01.2013, une expertise chirurgie de la main en date du 05.03.2013, ainsi qu'une expertise neurologique en date du 04.04.2013.

Nous ne reviendrons pas sur les diagnostics mentionnés lors de cette expertise, qui ont déjà été relatés au 1er chapitre de cette expertise bidisciplinaire consacré aux éléments du dossier et au motif de l'examen. Nous rappellerons seulement que lors de la synthèse de la discussion consensuelle entre les différents examens de cette expertise pluridisciplinaire menée en 2013, l'assurée présente un trouble douloureux et une impotence subjective du MSD, après une fracture du poignet D ostéosynthésée, avec une évolution radioclinique favorable et après un syndrome du canal carpien décompensé, opéré, sans qu'au plan neurologique des signes de souffrance objectifs d'enclavement ne perdurent. Les experts ont observé des aptitudes résiduelles permettant une reprise de la capacité de travail, même si cela est parasité par un comportement important d'autolimitations. Le hiatus entre l'importance des plaintes et l'absence d'éléments objectifs probants radiocliniques a été pris en compte par le médecin expert psychiatre, qui identifie un syndrome de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. L'examen psychiatrique ne permet pas toutefois de retenir de comorbidités psychiatriques atteignant le seuil d'une IT durable. Le hiatus doit être pris en compte dans l'arsenal thérapeutique afin de ne pas entrer dans une spirale de médicaments en plus de mesures invasives que le diagnostic ne permet pas de justifier,

Au terme de l'expertise pluridisciplinaire de médecine interne, rhumatologie, de chirurgie de la main, de neurologie et de psychiatrie, il n'est donc pas retenu d'éléments pour une IT durable. La situation n'a pas présenté de modification depuis la consolidation de la fracture et depuis la reprise du travail le six février 2012.

En date du 15.12.2014, la Dresse G. \_\_\_\_\_ adresse une lettre à l'Office AI du Canton de Vaud, en disant que le projet de décision, avec refus de la rente et de reclassement est inacceptable et qu'une telle prise de décision paraît indécente au médecin, en effet, le médecin considère que l'assurée présente un état dépressif sévère avec un traitement antalgique lourd, ne justifiant en aucun cas une quelconque reprise de travail, même à un pourcentage très bas. La Dresse G. \_\_\_\_\_ demande donc que l'AI reconsidère son projet de refus, demande à l'AI de reprendre contact avec les différents intervenants actuels ou d'organiser une expertise psychiatrique.

Dans son rapport en date du 07.01.2015, la Dresse H. \_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute, atteste que la situation actuelle de l'assurée ne correspond pas à la description se trouvant dans l'expertise pluridisciplinaire réalisée de janvier à avril 2013. La

Dresse H. \_\_\_\_\_ atteste d'un épisode dépressif actuellement moyen à sévère, avec symptômes de phobie sociale. La situation de l'assurée semble figée dans une situation sans issue, avec exacerbation d'une angoisse en rapport avec le futur.

A l'examen de ce jour, l'examen psychiatrique succède à l'examen rhumatologique. L'examen psychiatrique commence environ 5 minutes après l'examen rhumatologique. Quand le psychiatre arrive, l'assurée est en train de pleurer, par terre, près de la porte d'entrée de la salle d'examen. L'assurée se traîne par terre vers la fenêtre, sur les coudes pour aller s'asseoir sur la chaise d'examen, L'examen psychiatrique commence après un temps d'attente pour permettre à l'assurée de bien s'asseoir sur la chaise.

L'assurée présente une hygiène globalement dans les normes. L'assurée n'est pas soignée. L'assurée n'est pas coiffée. L'assurée se montre peu collaborante, le regard fermé, regardant par terre.

L'assurée ne présente pas de troubles manifestes de l'attention ni de la concentration, ni de la mémoire. Le discours de l'assurée ne présente pas de trouble floride de la lignée psychotique.

L'assurée ne présente pas de foetor alcoolique. L'assurée nie toute consommation d'alcool.

L'assurée comme nous l'avons vu au chapitre consacré au status psychiatrique ne présente pas de crises de panique, pas d'état d'anxiété généralisée, pas d'état dépressif majeur.

L'assurée présente une majoration des plaintes physiques pour des raisons psychologiques à savoir l'existence de traits histrioniques.

L'examen de ce jour n'objective donc pas l'aggravation attestée par le Dr H. \_\_\_\_\_.

### ***Limitations fonctionnelles***

*Sur le plan ostéoarticulaire, aucune limitation fonctionnelle.*

*Sur le plan psychiatrique, les limitations fonctionnelles sont en relation avec les diagnostics non incapacitants psychiatriques. Il s'agit donc des traits de l'hyper émotionnalité présentée par l'expertisée.*

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

*Sur le plan ostéoarticulaire, il y a une IT de 100% dans toute activité à partir de la survenue de la fracture du poignet D, c'est-à-dire le 04.10.2010.*

### ***Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?***

*Sur le plan ostéoarticulaire, en se basant sur le rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 19.03.2012, l'incapacité de travail est de 60% dès le 11.06.2011, de 40% dès le 03.01.2012, puis de 0% dès le*

06.02.2012. L'incapacité de travail est restée à 0% à partir de cette date.

*Sur le plan psychiatrique, il n'existe aucune incapacité de travail durable depuis la reprise du travail depuis 2012.*

**Concernant la capacité de travail**, elle est déterminée sur le plan somatique par la bonne consolidation de la fracture du poignet, la résolution de la neuropathie compressive du nerf médian au poignet D et la disparition des signes d'algoneurodystrophie. L'atteinte dégénérative de la colonne cervicale et dorsale objectivée sur les radiographies du 17.01.2013 est de peu de gravité, fréquente compte tenu de l'âge de l'assurée ; elle ne justifie pas des limitations fonctionnelles.

*Sur le plan psychiatrique, il n'existe aucune incapacité de travail pour raison psychiatrique.*

### **CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE**

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 100%

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100% DEPUIS LE :  
06.02.2012. »

Dans un avis du 27 août 2015, le Dr T.\_\_\_\_\_, du SMR, a mentionné ce qui suit :

#### **« Discussion conclusions et réponse aux questions :**

Cette évaluation satisfait les exigences jurisprudentielles qui en définissent la valeur probante. En particulier, le Dr J.\_\_\_\_\_ se positionne de façon convaincante à la page 12 ; au plan psychiatrique, la description clinique permet de déduire les diagnostics psychiatriques. En complément, la description de l'activité journalière permet d'entrevoir des activités, notamment de loisirs, qui ne seraient pas possibles si (sic) existait une attente à la santé (au MSD) incapacitante.

#### Evolution de la CT :

0%	dès le 04.10.2010
40%	dès le 11.06.2011
60%	dès le 03.01.2012
100%	dès le 06.01.2012

Pas de restrictions justifiant une API [allocation pour impotent]. »

Par décision du 1<sup>er</sup> septembre 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée au motif notamment que l'examen pratiqué au SMR n'avait pas mis en évidence une atteinte à la santé.

Par projet de décision du même jour, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter la demande d'allocation pour impotent.

**B.** L'assurée a recouru le 1<sup>er</sup> octobre 2015 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO), en concluant à l'annulation de la décision du 1<sup>er</sup> septembre 2015 et au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Par décision du 17 novembre 2015 de la juge instructrice, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter de cette date.

Par courriers de son conseil des 25 novembre et 1<sup>er</sup> décembre 2015, la recourante a adressé à la CASSO deux rapports médicaux, le premier daté du 23 novembre 2015 du Dr F. \_\_\_\_\_ dont la teneur était la suivante :

« Ce rapport fait suite à l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique daté du 30 juillet 2015 et réalisé par les Drs J. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'assurance invalidité de Suisse romande.

Après avoir pris connaissance du rapport mentionné ci-dessus, je ne peux être qu'en profond désaccord avec ses conclusions plus principalement sur l'importance des troubles de santé de Madame N. \_\_\_\_\_ et de l'absence des conséquences de ces troubles sur son incapacité de travail.

Je suis pour ma part la patiente depuis le 30 avril 2012 pour des douleurs invalidantes du membre supérieur droit apparues dans les suites d'une fracture du poignet droit sur chute de sa hauteur en octobre 2010 ayant nécessité une ostéosynthèse à la Permanence M. \_\_\_\_\_ par le Dr D. \_\_\_\_\_. L'évolution est ensuite clairement défavorable avec décompensation d'un tunnel carpien préexistant nécessitant une décompression le 22 décembre 2010. Cette seconde intervention ne permet pas non plus l'amélioration des symptômes avec échec de reprise du travail en raison de douleurs persistantes consécutives à l'apparition d'un CRPS de type I. Pour rappel il s'agit d'une complication fréquente après fracture du poignet avec une incidence reportée dans la littérature pouvant atteindre jusqu'à 37 %. Cette complication a d'ailleurs été reconnue par le Dr D. \_\_\_\_\_, le Dr Z. \_\_\_\_\_ (neurologue), le Dr [...] (médecin chef au Centre C. \_\_\_\_\_) ainsi que par le Dr G. \_\_\_\_\_ médecin traitant de la patiente. Après échec des traitements conservateurs, médicamenteux et infiltratifs, un traitement par neuromodulation (stimulation médullaire) a été débuté en septembre 2012. Ce traitement n'a malheureusement permis qu'une très légère amélioration des symptômes et la patiente présente une persistance

de douleurs invalidantes ainsi qu'une impotence du membre supérieur droit.

Dans ce contexte, une expertise pour le compte de la Vaudoise Assurance a été réalisée en mai 2013. Les 4 médecins « experts » se sont basés sur l'absence d'éléments objectifs et n'ont pas retenu d'éléments pour une incapacité de travail durable, alors que la patiente présentait des éléments objectifs de CRPS sous forme de cyanose, tuméfaction, asymétrie de température et de sudations avec également troubles de la mobilité fine des doigts. Nos ergothérapeutes à l'Hôpital de [...] ont même mis en évidence une progression du CRPS proximale avec non seulement une atteinte de la branche cutanée palmaire du nerf médian avec allodynie mécanique mais également une atteinte du nerf cutané de l'épaule et de la branche postérieure du 5<sup>ème</sup> nerf thoracique avec également allodynie mécanique. Toujours dans cette expertise de mai 2012, les diagnostics unanimement reconnus et retenus sont « douleurs chroniques IRREDUCTIBLES et impotence fonctionnelle du membre supérieur droit », mais pour des raisons que j'ignore aucun élément n'est retenu pour une incapacité durable de travail. Cette expertise est alors contestée par tous les médecins traitants sans exception de la patiente y compris la Dresse H.\_\_\_\_\_, psychiatre de Madame N.\_\_\_\_\_. Une nouvelle expertise est alors réalisée par la Dresse P.\_\_\_\_\_ et le Dr J.\_\_\_\_\_ en juillet 2015. A ma stupéfaction aucun diagnostic ne pouvant avoir des répercussions durables sur la capacité de travail de Madame N.\_\_\_\_\_ n'est retenu sur le plan ostéoarticulaire et le CRPS est même déclaré comme actuellement résolu ! Même constat sur le plan psychiatrique où aucun diagnostic n'est retenu. Le psychiatre estime même que l'humeur n'est pas franchement déprimée et conclut à l'existence de troubles histrioniques, caractérisés par un niveau émotionnel et de besoins d'attention exagérée poussant la patiente à se mettre en valeur, à séduire ou simplement attirer le regard. Pourtant le même psychiatre évoquant ces troubles histrioniques décrit la patiente comme étant d'apparence négligée, non coiffée avec un contact difficile, pas franchement le profil de la séductrice...

Connaissant Madame N.\_\_\_\_\_ depuis maintenant plus de trois ans, je ne peux donc être qu'en désaccord avec ces conclusions et confirmer l'importance de ses douleurs irréductibles de son membre supérieur droit associées à une impotence entraînant une importante limitation fonctionnelle avec des conséquences indubitables sur la capacité de travail. Au vu de ce qui précède, je demande qu'une expertise soit mise en oeuvre mais confiée à des médecins externes à l'assurance invalidité. »

Et le second, daté du 29 novembre 2015, de la Dresse H.\_\_\_\_\_ ainsi rédigé :

« J'ai pris connaissance du rapport des médecins du SMR, les Drs J.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ daté du 30 juillet dernier. Je ne peux pas être d'accord avec ces médecins au sujet de ce qui est dit dans ce rapport des troubles de santé de Madame N.\_\_\_\_\_ et de l'absence de conséquences que ces troubles ont sur sa capacité de travail.

Du point de vue psychiatrique, ce qui est rapporté dans le document susmentionné ne tient pas compte ni du/des traumatisme/s vécu/s ni du fonctionnement de Madame N.\_\_\_\_\_.

Madame N.\_\_\_\_\_ a vécu une enfance perturbée par un père alcoolique et violent, lui-même ayant vécu des traumatismes durant la seconde guerre mondiale. La patiente a été témoin de nombreuses scènes de violence du père sur la mère, père qui, s'il n'aurait, selon la patiente, jamais porté la main sur elle, aurait cependant eu des propos violents à son égard. Madame N.\_\_\_\_\_ a vécu de telles scènes de manière répétitive durant toute son enfance. Elle n'a par ailleurs, malgré la présence de sa mère, pas pu avoir l'attention nécessaire et une écoute à sa souffrance, celle-ci n'ayant pas été reconnue, pas non plus d'ailleurs par les enseignants ou les voisins qui entendaient les cris et « n'ont rien fait ».

Madame N.\_\_\_\_\_ a développé une immense sensibilité à toute souffrance qu'elle a certes pu mettre à profit pour s'occuper des autres, de son fils et des patients pour ne citer que ces exemples.

Elle a cependant vécu une reviviscence du trauma d'une souffrance non reconnue après une perforation iatrogène de l'intestin lors d'une opération, avec une prise en charge qui a tardé et la non prise en considération par le chirurgien de sa douleur (la diagnostic de perforation semble avoir été fait tardivement par rapport à l'urgence de la situation, Mme N.\_\_\_\_\_ a entendu du chirurgien « ça peut arriver » et non des excuses). Il s'en est suivi une première psychothérapie chez un confrère. À noter que d'autres problématiques avaient alors possiblement été réactivées.

La fracture du poignet a constitué pour Madame N.\_\_\_\_\_ un nouveau traumatisme réactivant les précédents. Malgré des douleurs, elle a essayé de travailler et « est allée au bout du bout ». Les conclusions du rapport médical demandé par la Vaudoise Assurance et effectué par le Bureau d'Expertises Médicales (BEM) à Vevey en mai 2013 a été vécu par Madame N.\_\_\_\_\_ comme un coup d'assomoir, celui de trop. Elle ne s'est sentie reconnue ni dans ses efforts, ni dans ses douleurs, ni dans sa souffrance. Au contraire, celles-ci ont été niées. Le vécu infantile a été réactivé avec une telle puissance que Madame N.\_\_\_\_\_, malgré ses compétences, n'a plus pu affronter. Elle se retrouve comme pétrifiée dans un passé réactualisé qui la fige dans un présent auquel elle ne peut faire face.

Madame N.\_\_\_\_\_ donne tantôt l'image d'une femme compétente qui fonctionne bien (malgré son vécu, elle a pu effectuer une formation, travailler, élever un fils adoptif présentant des difficultés, se battre pour lui offrir un avenir, etc) tantôt celle de l'enfant qui souffre et dont la souffrance n'est ni reconnue ni entendue, et pire, niée.

Ce fonctionnement a des conséquences dans la relation avec autrui. Que peut faire un enfant qui souffre et ne se sent pas entendu pour qu'on s'aperçoive de sa souffrance ? Faire par exemple beaucoup pour qu'on l'entende, d'où ce côté démonstratif qui, lorsque exprimé à des adultes qui ne voient pas cet enfant en elle, peut générer des contre-attitudes d'agacement, perceptibles en filigrane lorsqu'on lit le rapport des médecins du SMR (et aussi celui du BEM), et se

révéler contre-productif pour Madame N. \_\_\_\_\_ ... qui se sent encore moins entendue et reconnue, et maltraitée davantage. Relevons que les différentes facettes de la personnalité génèrent des transferts différents et donc des contre-transferts différents.

Les souffrances non reconnues par le tiers qui détient l'autorité (le parent, le médecin, l'expert) persistent, les douleurs se chronicisent et empêchent d'avancer.

On assiste à un/des cercle/s vicieux d'où Madame ne peut sortir (« j'ai mal » ↔ « vous n'avez rien »), avec de plus les effets secondaires des médicaments antidouleurs, notamment les opiacés pouvant occasionner tout un cortège d'effets secondaires affectant le psychisme (symptomatologie anxieuse, dépressive, etc), le sommeil (insomnie et/ou somnolence), voire même les douleurs (hyperalgésie), (« j'ai mal » → « j'ai besoin d'antidouleurs »), et l'effondrement de l'estime de soi (« je ne peux rien faire » → « je ne vau rien »).

S'ajoutent également la blessure narcissique de ne plus pouvoir exercer une activité aimée et respectable et les nombreuses pertes qui découlent de la situation actuelle de Madame N. \_\_\_\_\_.

À noter que le fonctionnement de Madame N. \_\_\_\_\_ évoque celui de personnes ayant vécu des traumatismes (dans leur enfance) et fait penser aux récentes recherches menées dans le domaine de la psychotraumatologie (travaux sur la dissociation structurelle de la personnalité par Nijenhuis et cie notamment).

Pour terminer, je dirais que la « photo diagnostique » et ses conclusions en ce qui concerne la capacité de travaille (sic) telles que figurant dans le rapport du SMR représentent l'observation à un moment donné, dans un contexte donné et par un médecin donné de Madame N. \_\_\_\_\_. Elle ne reflète pas le fonctionnement que j'ai pu observer depuis que je connais Madame N. \_\_\_\_\_, fonctionnement qui la handicape et la maintient actuellement dans une position qui paraît verrouillée et figée. »

L'intimé a répondu le 15 décembre 2015, en concluant au rejet. Il se réfère à un avis du 7 décembre 2015 du Dr T. \_\_\_\_\_ à la teneur suivante :

« La décision OAI de refus de prestations du 01.09.2015 se basait sur l'avis médical SMR cité qui adhérait aux conclusions d'un examen bi-disciplinaire SMR (psychiatrie et rhumatologie) du 19.05.2015 qui ne retenait pas de maladie incapacitante au sens de l'AI avec des conclusions superposables à celles contenues dans l'expertise du BEM en mai 2013.

A l'appui du recours, formulé par Me J-M. Agier dans sa lettre du 25.11.2015 sont annexé (sic) les RM [rapports médicaux] du Dr F. \_\_\_\_\_, antalgiste et anesthésiste, du 23.11.2015 et de la Dre H. \_\_\_\_\_, psychiatre, du 29.11.2015 qui contestent la pleine CT [capacité de travail].

Le Dr F.\_\_\_\_\_ conteste également la valeur convaincante de l'expertise du BEM de mai 2013 et celle du SMR du 19.05 2015.

### **Discussion :**

1. Pour celle de 2013: le Dr F.\_\_\_\_\_ reprend l'anamnèse et met en exergue la notion de « douleurs irréductibles »; or, le psychiatre retenait également une « majoration des symptômes », nous ne voyons pas de contradictions dans cette position qui estime la symptomatologie non-incapacitante.
2. L'examen de novembre 2015 présente un status somatique calme au niveau du MSD (température identique aux deux bras, pas de discoloration, pas d'hypersudation, pas de troubles trophiques ce qui justifie le diagnostic retenu de « possible CRPS, actuellement résolu). A la page 12, le dernier paragraphe explique les raisons du doute émis sur la certitude de diagnostic d'algodystrophie, justifié par l'absence de corrélation radio-clinique.
3. Nous sommes en présence d'une appréciation différente de la même situation ; en effet, le Dr F.\_\_\_\_\_ n'apporte pas d'éléments cliniques témoignant d'un status différent ou évolutif.

Au plan psychiatrique : la Dre H.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 29.11.2015, met l'accent sur l'anamnèse qui justifierait une reconnaissance d'incapacité de travail qui aiderait l'assurée à se sentir reconnue dans sa souffrance.

La Dre H.\_\_\_\_\_ prête aux experts des deux évaluations une attitude d'« agacement » qui transparaîtrait entre les lignes du texte. La Dre H.\_\_\_\_\_ estime que l'expertise ne représente qu'une « photo instantanée » de l'état de santé de l'assurée, sans la valeur diachronique que seulement le médecin traitant peut fournir.

### **Discussion**

1. Nous rappelons le mandat de l'expert qui est celui d'émettre un avis dans un contexte de litige. Il dispose pour cet objectif les éléments du dossier, l'anamnèse qui doit être détaillée et le status dingue. A deux ans d'intervalle, les experts ont eu des conclusions analogues respectant les directives de rédaction d'expertise contenus dans la lettre 313 de l'OFAS, reprises des recommandations de la Société Suisse de Psychiatrie et psychothérapie. Leur appréciation est ainsi convaincante.
2. L'agacement peut être confondu avec le soin de répertorier avec précision les comportements inhabituel (sic) de l'expertisée (page 9) ce qui corrobore la composante histrionique retenue dans le diagnostic; sinon, nous ne percevons pas des sentiments d'irritation des experts. Enfin, la Dre H.\_\_\_\_\_ n'apporte pas des éléments nouveaux au plan médical, aptes à attester une péjoration de l'état de santé de l'assurée. Comme pour le volet somatique, I (sic) s'agit d'une appréciation différente de la même situation.

### **Conclusions :**

1. Les documents qui appuient l'acte de recours ne contiennent pas d'éléments objectifs nouveaux aptes à changer les décisions prises jusqu'à maintenant. Il s'agit d'avis différents de la même situation ; nous retenons l'avis concordant des 6 experts intervenants en temps différents en raison de la cohérence entre anamnèse, status clinique, diagnostics, limitations fonctionnelles et capacité de travail.
2. Pour ces raisons nous estimons qu'un complément d'instruction n'est pas nécessaire. »

Par réplique du 26 janvier 2016, respectivement duplique du 15 février 2016, les parties ont maintenu leurs conclusions.

Après circulation auprès des juges de la CASSO, une expertise a été ordonnée et confiée à la Policlinique médicale universitaire (PMU). C'est ainsi que les Drs S.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, A.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la Dresse E.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, ont chacun examiné la recourante ; chaque examen a fait l'objet d'un rapport puis d'une appréciation générale interdisciplinaire, datée du 5 juin 2018 et signée par les Dresses W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, médecin superviseur, E.\_\_\_\_\_, et A.\_\_\_\_\_.

Dans son rapport du 9 avril 2018, le Dr S.\_\_\_\_\_ ne retient aucune incapacité de travail sur le plan strictement rhumatologique. Il poste le diagnostic de douleurs chroniques et impotence fonctionnelle du membre supérieur droit d'étiologie indéterminée. Il relève en particulier ceci :

« Sur la base du dossier médical établi par l'expert interniste principal, de mon anamnèse, mon examen clinique, ainsi que de la visualisation des radiographies décrites ci-dessus, je retiens le diagnostic de douleurs et impotence du membre supérieur droit chronique d'étiologie indéterminée, rejoignant le diagnostic de l'expert rhumatologue du BEM dans le cadre de l'expertise médicale pluridisciplinaire effectuée début 2013.

L'étude du dossier, notamment les argumentations des médecins traitants, ne permet pas de retenir une lésion anatomique structurelle de l'appareil locomoteur susceptible d'expliquer la persistance, l'intensité, et surtout l'extension de la symptomatologie douloureuse, ni l'impotence fonctionnelle, qui est par ailleurs algique.

Dans le diagnostic différentiel, il n'y a actuellement pas d'élément orientant vers une étiologie fracturaire, métabolique-toxique, inflammatoire, infectieuse, de dysfonction immunitaire.

Pour ma part, il n'y a pas de lésion anatomique structurelle, l'examen clinique étant essentiellement marqué par un comportement algique et des autolimitations algiques. On relèvera l'absence d'amyotrophie, de déformation articulaire.

Ce sont les douleurs, phénomène subjectif, non mesurable, propre à chaque individu, qui constituent les plaintes principales de l'expertisée et justifient, selon elle, les limitations fonctionnelles.

La douleur est définie comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en ces termes (association study of pain, 1994).

Elle est subjective, propre à chaque individu et dans le cas de douleurs chroniques, comme c'est le cas ici, il y a des interactions entre cognition, émotion, comportements, réactions corporelles et phénomènes culturels entre autres.

Il n'est pas du devoir du médecin, notamment de l'expert rhumatologue, de juger de la plausibilité, véracité ou crédibilité des douleurs, mais de rechercher une étiologie, cause clairement définie, pour lesquelles un traitement établi, reconnu « scientifiquement » existe.

Pour ma part, je ne mets pas en évidence, encore une fois, de maladie ostéo-articulaire et en l'état actuel, les douleurs ne sont pas médicalement explicables, selon un modèle biomédical seul, malgré des investigations bien conduites.

Ceci ne met cependant pas en doute l'authenticité des plaintes de l'expertisée.

D'un point de vue rhumatologique strict, en l'absence de maladie rhumatologique ostéo-articulaire spécifique, je ne puis justifier d'une incapacité de travail dans quelque activité professionnelle que ce soit.

D'un point de vue rhumatologique strict, je ne peux répondre aux questions de cohérence, plausibilité, ressources de l'expertisée. »

Le Dr S.\_\_\_\_\_ s'étonne néanmoins de l'absence d'amyotrophie, de raideur, de déformation articulaire et des limitations fonctionnelles sévères rapportées par la recourante.

Le Dr Q.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 20 avril 2018, ne pose aucun diagnostic neurologique, exposant notamment ceci :

« Concernant les plaintes, il s'agit d'un syndrome douloureux très étendu, qui dépasse très clairement ce que l'on peut attendre d'une éventuelle lésion nerveuse, ce qui a déjà été formulé par le Docteur X. \_\_\_\_\_, qui avait vu l'assurée dans le cadre d'une expertise.

Ceci est confirmé par les éléments objectifs. En effet, sur le plan neurologique, il n'y a aucune anomalie qui pourrait être l'expression d'une pathologie sous-jacente du système nerveux central ou périphérique.

En revanche, lors de l'approche clinique, on est frappés par un tableau à caractère psychiatrique dont l'intensité sera mesurée par l'expert psychiatre, mais qui semble indiscutablement au premier plan. »

Le Dr Q. \_\_\_\_\_ conclut que sur le plan strictement neurologique, il n'y a aucune limitation fonctionnelle.

Dans son rapport du 18 avril 2018, le Dr A. \_\_\_\_\_ pose comme diagnostic avec influence sur la capacité de travail, celui d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques et de traits de personnalité immature.

Le Dr A. \_\_\_\_\_ motive comme suit les diagnostics posés :

« Je suis amené à retenir principalement un épisode dépressif sévère, sans symptôme psychotique, pour les raisons suivantes. La présentation clinique actuelle de l'expertisée est cohérente dans ce sens, avec un masque de tristesse affiché durant la quasi-totalité de l'entretien psychiatrique. La tristesse est constante (quotidienne), elle est observée et associée à un ralentissement psychomoteur. L'expertisé affiche le sentiment de détresse que l'on retrouve dans les dépressions sévères, avec l'expression d'idées noires et suicidaires scénarisées (abus médicamenteux, se jeter sous une voiture ou un train). Selon les explications de l'assurée, il ne s'agit pas d'idées suicidaires fugaces, mais bien d'idées chroniques, présentes durant plusieurs jours de la semaine, voire quotidiennement. On retrouve ensuite dans les signes cardinaux la diminution de l'intérêt et du plaisir, avec une assurée qui a, avec le temps, abandonné la majorité des loisirs et qui vit actuellement de façon régressée à domicile. On remarque une augmentation de la fatigabilité (qui est à la fois exprimée et observée en entretien), avec au moins quatre autres symptômes dépressifs, à savoir la diminution de la concentration et de l'attention (qui est objectivée au status AMDP dans les épreuves cognitives); la diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, les idées de culpabilité et de dévalorisation, l'attitude morose et pessimiste face à l'avenir, une perturbation marquée du sommeil (selon l'expertisée, le sommeil est anarchique, avec une inversion du rythme). On retrouve une baisse

importante de libido, l'expertisée décrivant une absence de relation intime au sein du couple. L'appétit n'est par contre pas directement touché. Une échelle de dépression MADRS complémentaire, avec un score de 35/60, se situe dans la zone de la dépression sévère.

Au vu de ces éléments cliniques et psychométriques, on ne peut plus retenir à l'heure actuelle un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, dont la symptomatologie devrait être bien plus modeste.

Sur le plan psychiatrique, bien que l'expertisée affiche en début d'entretien ses douleurs, l'entretien s'oriente rapidement sur les plaintes dépressives, qui sont dominantes. Dans ce sens, on ne peut retenir un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ou apparenté. Dans le syndrome douloureux somatoforme, la plainte essentielle selon de la CIM-10, devrait être constituée par les douleurs. On doit orienter le diagnostic dans le sens des symptômes qui dominent le tableau clinique, en l'occurrence la dépression dans le cas de l'assurée.

Vu que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant doit être exclu, il reste l'hypothèse de la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, qui pourrait rendre compte de facteurs de surcharge psychogène dans l'expression du tableau douloureux. A l'heure actuelle, même si cette appellation peut être reconduite (en rappelant que la majoration ne constitue pas une maladie psychiatrique), les limitations fonctionnelles principales découlent de l'état dépressif.

En ce qui concerne le diagnostic de phobie sociale retenu par la Dre H.\_\_\_\_\_, je suis d'avis de ne pas poser formellement ce diagnostic. En effet, l'intensité du syndrome dépressif ne permet pas de juger si l'assurée présente une anxiété spécifique dans les interactions sociales (ce n'était visiblement pas le cas avant sa dépression). Les symptômes anxieux de l'assurée doivent être rattachés au syndrome dépressif, vu qu'il est probable qu'ils s'amenuisent (et même disparaissent) en cas d'amélioration de la dépression.

Au sujet de la personnalité de l'assurée, on ne retrouve pas en ce moment des caractéristiques histrioniques, qui devraient démontrer une hyper-expressivité émotionnelle (au contraire, à l'heure actuelle au vu de l'intensité du syndrome dépressif, l'expertisée est émoussée sur le plan affectif). L'expertisée n'affiche pas d'attitude visant à attirer l'attention, dans une recherche de relation de séduction (ce qui est le propre du sujet histrionique). Ce sont avant tout des caractéristiques immatures de la personnalité qui sont observées : l'expertisée est limitée sur le plan de l'expression de ses affects, dans la relations (sic), on retrouve effectivement la tonalité relationnelle de « la petite fille » décrite dans les rapports de la Dre H.\_\_\_\_\_. Ces traits de personnalité ne constituent toutefois pas un trouble au sens strict, vu qu'avant son atteinte à la santé, l'expertisée décrit des relations interpersonnelles et professionnelles équilibrées, sans signe de souffrance psychologique et sans trouble du comportement majeur.

On peut ensuite postuler des ressources intellectuelles limitées, bien qu'il soit difficile de se prononcer formellement à ce sujet chez une

expertisée sévèrement déprimée, dont le potentiel cognitif est actuellement perturbé par les symptômes de l'atteinte dépressive. »

Le Dr A. \_\_\_\_\_ conclut son rapport comme suit :

## « 7. Evaluation médicale et médeco-assurantielle

### 7.1

#### a) **Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assuré, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle**

La présente expertise psychiatrique met en évidence une assurée qui se plaint certes de douleurs, mais dont l'évolution clinique a évolué, avec les années, dans le sens d'une dépression marquée, atteignant actuellement le seuil de la dépression sévère. Cette symptomatologie prend le pas sur l'expression des douleurs, même si celles-ci restent intenses. Les capacités adaptatives de l'assurée se sont peu à peu épuisées, aboutissant au tableau dépressif actuel. Par rapport aux précédentes évaluations psychiatriques, la vie quotidienne et sociale de l'assurée va dans le sens de la régression, avec l'absence d'investissement dans des activités amicales, sociales ou récréatives structurées.

#### b) **Avis concernant la personnalité de l'assuré, notamment au regard de ses ressources, avis sur le soutien reçu ou sur les difficultés rencontrées dans l'environnement social**

En ce qui concerne la personnalité de l'assurée, les facteurs de fragilisation durant l'enfance doivent être pris en compte, à savoir le fait d'avoir vécu dans l'anxiété d'un père alcoolique qui aurait fréquemment menacé la mère par des comportements violents. Ces événements ont fragilisé l'assise identitaire de l'expertisée, même si un diagnostic précis de trouble de la personnalité ne peut être formellement posé. Les caractéristiques immatures signalent de faibles capacités d'expression émotionnelle, avec une assurée qui affiche une détresse psychique mal contenue, qui déborde sous la forme d'idées noires et suicidaires. L'expertisée reste malgré tout en mesure d'apprécier correctement la réalité, mais sa capacité à gérer et à contenir ses émotions est limitée. L'intentionnalité et la motivation sont abaissées par la dépression. Plusieurs fonctions complexes du Moi sont fragilisées.

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

En ce qui concerne le traitement, l'expertisée est suivie depuis plusieurs années sur le plan psychiatrique, avec différents changements de traitements antidépresseurs décrits par sa psychiatre traitante. Malgré le traitement dispensé, les symptômes psychiatriques se sont accentués avec le temps. De son côté, la compliance au traitement

antidépresseurs a été investiguée à l'aide d'un dosage plasmatique, qui va dans le sens d'une observance correcte au traitement. La présence d'une dépression sévère, malgré un traitement dépresseur va dans le sens de la gravité et de la résistance au traitement.

### **7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité**

La situation de l'assurée est caractérisée par la régression et la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie. L'expertisée suit une thérapie psychiatrique et les symptômes et les pertes fonctionnelles de l'assurée peuvent être expliquées majoritairement par la décompensation du trouble dépressif. A l'heure actuelle, sur le plan clinique, le syndrome dépressif se manifeste sans incohérence (avec notamment une mimique triste et figée, un ralentissement psychomoteur et des troubles cognitifs objectivables).

### **7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés**

L'équilibre entre les ressources et les limitations fonctionnelles peut ensuite être parcouru de la façon suivante selon le canevas du Mini-CIF-APP :

L'expertisée décrit d'importants troubles du sommeil, avec une perturbation marquée du rythme nyctéméral. La situation n'est plus compatible avec l'adaptation à des règles et routines (horaires) imposées sur le plan professionnel.

Souffrant d'un ralentissement psychomoteur et de troubles cognitifs significatifs secondaires à la dépression, les capacités à planifier, à structurer les tâches et à effectuer un jugement et des prises de décisions sont sévèrement abaissées.

L'expertisée est actuellement fixée dans sa souffrance psychique et physique. Sa flexibilité et ses capacités d'adaptation sont très faibles.

Bien que l'expertisée dispose de compétences spécifiques (aptitudes dans la restauration et dans les soins), l'intensité des symptômes dépressifs ne permet plus l'accès à ces ressources.

L'endurance émotionnelle est fortement diminuée par l'intensité de la symptomatologie thymique.

Il en est de même pour les capacités d'affirmation (idées marquées de dévalorisation et de culpabilité).

L'expertisée n'a plus d'énergie psychique pour investir des contacts durables et différenciés avec des tiers, ou encore pour évoluer au sein d'un groupe.

Les relations proches sont encore préservées, mais l'expertisée vit de façon régressée au sein de sa famille proche.

Les activités spontanées décrites par l'assurée sont quasi inexistantes. L'hygiène et les soins corporels sont peu soignés.

Les capacités de déplacement doivent prendre en considération l'inhibition psychomotrice, le manque d'entrain et d'énergie, en plus des douleurs exprimées par l'assurée.

## **8. Réponses aux questions du mandant**

### **a) Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici**

Au vu de l'analyse qui précède, je retrouve à l'issue de mon expertise un tableau clinique compatible avec la description donnée par la psychiatre traitante de l'assurée, raison pour laquelle je ne peux suivre les conclusions de l'examen SMR de mai 2015. Si avant janvier 2015, il est difficile de se prononcer de façon précise sur la capacité de travail (en 2014, la Dre H. \_\_\_\_\_ décrit un épisode dépressif moyen à sévère, en voie d'amélioration), dès janvier 2015, je partage l'avis de la Dre H. \_\_\_\_\_ dans le sens d'un tableau clinique incapacitant avec une incapacité de travail complète depuis cette date. Au vu de la chronicité des troubles et de leur accentuation avec les années, des faibles ressources résiduelles, il est peu probable que cette capacité de travail évolue favorablement dans le futur.

### **b) Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré**

Vu l'intensité du syndrome dépressif, il se manifesterait de la même manière quel que soit le domaine considéré, et la capacité de travail dans une autre activité est également nulle.

### **c) Mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail**

Comme indiqué plus haut, il est peu probable que la situation évolue favorablement dans le futur, même si le renforcement du traitement antidépresseur ne peut qu'être recommandé. Une association d'antidépresseur (sic) est également envisageable, ainsi qu'une stratégie de potentialisation en cas d'absence de réponse thérapeutique. »

La recourante a également fait l'objet d'une expertise interniste et un rapport « d'expertise consensuelle » du 5 juin 2018 a été établi au terme des examens effectués dans chaque spécialité médicale. Ce rapport rappelle les conclusions des expertises spécialisées et se conclut ainsi :

« 4.2. Diagnostics pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

- Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques F 32.2

- Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques F 68.0
  - avec douleurs chroniques et impotence fonctionnelle du membre supérieur droit après fracture du poignet droit ostéosynthésée le 04.10.2010
- Traits de personnalité immature Z73.1

4.3. Constatations/diagnostics ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

L'épisode dépressif définit les limitations fonctionnelles suivantes : diminution de la capacité de s'adapter aux règles, de la capacité à structurer une tâche, à prendre une décision, diminution de la flexibilité, diminution de l'aptitude à utiliser ses compétences spécifiques, diminution de l'endurance, de la capacité d'affirmation, de l'aptitude à évoluer au sein d'un groupe, diminution des activités spontanées, des soins d'hygiène et des capacités de déplacement.

Il n'est pas retenu de limitation d'ordre rhumatologique ni neurologique. Hormis pour les déplacements en dehors de son domicile, elle ne requière (sic) pas d'assistance ou de surveillance pour les actes de la vie quotidienne.

4.4. Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

La personnalité de Madame N. \_\_\_\_\_ a été fragilisée par une enfance marquée par la violence du père. L'expertisée a ainsi des traits de personnalité immature qui se manifestent en particulier par de faibles capacité d'expression émotionnelle. L'incapacité à gérer ses émotions est à l'origine d'une détresse psychique. Par ailleurs, la dépression diminue la motivation et l'intentionnalité.

4.5. Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Les ressources résiduelles sont jugées très faibles en raison de la longueur d'évolution de l'état dépressif et des traits de personnalité de l'expertisée.

Le réseau social est nul. L'expertisée est essentiellement entouré par son mari, le fils adoptif est décrit comme asocial.

4.6. Contrôle de cohérence

Contrairement à ce qui était décrit dans l'expertise du BEM en 2013 et l'examen clinique SMR en 2015, il existe à notre avis du fait de l'épisode dépressif sévère avec une inhibition majeure du dynamisme aboutissant à une régression, la baisse majeure de la sociabilité, une limitation uniforme de toutes les activités dans tous les domaines de la vie.

L'expertisée est suivie par un psychiatre depuis plusieurs années avec prescription de plusieurs antidépresseurs qui n'ont pas permis d'enrayer l'aggravation des symptômes. La compliance, au vu de nos dosages plasmatiques, semble cependant satisfaisante. La résistance au traitement psychotrope constitue un facteur de gravité de l'état dépressif.

4.7. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

La capacité de travail de Madame N. \_\_\_\_\_ dans l'activité habituelle d'auxiliaire de santé est estimée nulle depuis janvier 2015, notre analyse confirme les conclusions de la Dre H. \_\_\_\_\_, psychiatre traitante.

4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée

Dans une activité adaptée, la capacité de travail est également estimée nulle depuis la même date.

4.9. Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)

L'incapacité de travail totale est justifiée par la sévérité de l'épisode dépressif qui est à l'origine d'importantes limitations fonctionnelles chez une expertisée dont les ressources adaptatives sont dépassées depuis janvier 2015 en tout cas.

Nous rejoignons l'avis de la psychiatre traitante dans son rapport de janvier 2015.

Le pronostic en termes de capacité de travail est jugé mauvais du fait de la chronicité du trouble dépressif et de la résistance aux traitements psychotropes.

Concernant les traitements antalgiques, toutes les prises en charge n'ont pas amélioré les douleurs rapportées par l'expertisée. Dans ce contexte, se pose la question de l'intérêt du maintien d'une antalgie de palier 3 avec en plus sur ce terrain, un risque fort de dépendance.

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

Un renforcement du traitement antidépresseur nous semble nécessaire. Une augmentation de la posologie du traitement actuel peut tout d'abord être proposée. En cas d'échec, une association devrait être envisagée. »

Les parties se sont déterminées sur cette expertise en date des 27 juin 2018, respectivement 28 juin 2018. La recourante n'a en particulier formulé aucune remarque sur le volet psychiatrique. L'intimé

s'est référé à un avis SMR du Dr T. \_\_\_\_\_ du 26 juin 2018, dans lequel celui-ci estime que le rapport du SMR de mai 2015, - qui retenait une capacité de travail entière -, est convaincant. Ce médecin conteste ainsi que le début de l'atteinte incapacitante remonte à janvier 2015. Il conclut comme suit :

« Le texte de l'expertise PMU laisse transparaître une souffrance indéniable au niveau psychique de l'assurée, la difficulté consiste à en dater le caractère incapacitant. »

Les parties se sont encore déterminées par écritures des 16 août 2018 et 3 septembre 2018.

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

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

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

**2. a)** En 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 (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c).

**b)** En l'occurrence, le litige porte sur la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à sa santé, une diminution de sa capacité de travail et de gain susceptible de lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

**3.** **a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

**b)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c *in fine* et 102 V 165 ; Pratique VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées).

Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

En 2015, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2 et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Le Tribunal fédéral a récemment étendu l'application de la procédure d'examen structurée d'administration des preuves à l'ensemble des maladies psychiatriques, en particulier aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 418 et 143 V 409)

**4. a)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, 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, 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

**b)** De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte

médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

**c)** En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise 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 citées).

**5. a)** Sur le plan somatique, l'OAI s'est fondé sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du BEM du 27 mai 2013 pour retenir que la recourante ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI ayant un effet sur sa capacité de travail. En effet, les médecins ont en particulier relevé qu'il n'y avait pas de complication post-chirurgicale mise en évidence, ni au plan du positionnement de la plaque d'ostéosynthèse,

ni au plan du site fracturaire qui ne présentait pas de pseudoarthrose, ni de signe d'une infection, ni d'une ostéonécrose secondaire, ni d'un cal hypertrophique, ni de lésion ligamentaire pouvant donner lieu à une instabilité. Il n'y avait pas non plus de signe d'une arthrose secondaire, la fracture étant extra-articulaire et sans défaut d'axe secondaire impliquant ce risque. Les contrôles neurologiques avec tracé ENMG après décompression du tunnel carpien montraient des résultats physiologiques attestant d'une bonne libération du nerf au plan chirurgical. Les médecins n'ont pas non plus retenu de diagnostic d'algodystrophie et n'ont pas constaté d'ostéopénie évoquant une sous-utilisation du chronique ni d'amyotrophie.

Dans son rapport du 16 février 2015, le Dr F.\_\_\_\_\_ a estimé que la recourante présentait des limitations fonctionnelles compte tenu notamment du diagnostic de CPRS qui avait été posé par le Dr D.\_\_\_\_\_ et confirmé par le Dr Z.\_\_\_\_\_, neurologue, en 2012 déjà, et de diverses atteintes (atteinte de la branche cutanée palmaire du nerf médian avec allodynie mécanique, atteinte du nerf cutané de l'épaule avec allodynie mécanique, atteinte du nerf grand occipital avec allodynie mécanique et atteinte de la branche postérieure du cinquième nerf thoracique avec allodynie mécanique) mises en évidence par les ergothérapeutes du Secteur de rééducation sensitive de l'Hôpital de [...].

Le Dr J.\_\_\_\_\_ du SMR n'a, pour sa part, retenu aucun diagnostic sur le plan ostéoarticulaire, relevant en substance que le bilan radiologique montrait une bonne consolidation de la fracture du poignet droit, que l'EMG effectuée par le Dr Z.\_\_\_\_\_ montrait bonne récupération du nerf médian après décompression chirurgicale et qu'il n'y avait pas de signes objectifs d'algoneurodystrophie, précisant que les troubles dégénératifs de la colonne cervicale et dorsale objectivés étaient des découvertes banales compte tenu de l'âge de la recourante. Il constatait ainsi l'absence de substrat organique objectivable pouvant expliquer les douleurs et les autolimitations présentées par la recourante. Ce médecin a encore précisé que les signes de CPRS n'étaient plus présents et que les douleurs présentées par la recourante « débordaient

largement des territoires d'innervation des nerfs précités », seule une neuropathie des nerfs médians aux poignets ayant été objectivée. Le Dr J.\_\_\_\_\_ a ainsi conclu à une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée depuis le 6 février 2012.

Dans un rapport du 23 novembre 2015, le Dr F.\_\_\_\_\_ a fait part de son profond désaccord avec les conclusions des médecins du SMR, en confirmant l'importance des douleurs irréductibles du membre supérieur droit de la recourante associées à une impotence entraînant une importante limitation fonctionnelle avec des conséquences indubitables sur la capacité de travail.

En présence d'avis médicaux contradictoires, une expertise judiciaire pluridisciplinaire a été mise en œuvre auprès de la PMU et, en particulier, auprès des Drs S.\_\_\_\_\_, rhumatologue, et Q.\_\_\_\_\_, neurologue, pour ce qui est du volet somatique.

Ces experts n'ont, en l'occurrence, retenu aucun diagnostic incapacitant. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a constaté que les douleurs chronique et l'impotence du membre supérieur droit était d'étiologie indéterminée. Il était d'avis qu'il n'y avait pas de lésion anatomique structurelle. Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail était ainsi entière. Sur le plan neurologique, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a fait les mêmes constatations : il n'y avait aucune anomalie qui pouvait être l'expression d'une pathologie sous-jacente du système nerveux central ou périphérique. Il a relevé un syndrome douloureux très étendu, mais aucune limitation fonctionnelle sur le plan strictement neurologique. Les avis des deux experts précités rejoignent ainsi les conclusions auxquelles sont parvenus les médecins du BEM, ainsi que le Dr J.\_\_\_\_\_ du SMR.

A cela s'ajoute que dans le cadre de leur exposé, les experts S.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ ont motivé de manière détaillée les raisons pour lesquelles ils ne renaient aucun diagnostic incapacitant. Leurs rapports respectifs intègrent en outre une anamnèse complète et se fonde sur un examen clinique et circonstancié de la recourante, si bien que ces rapports répondent manifestement aux réquisits de la jurisprudence pour se voir

reconnaître une pleine valeur probante. En définitive, à la lecture des autres évaluations médicales au dossier (en particulier de celle du Dr F.\_\_\_\_\_ du 16 février 2015), la Cour ne détecte aucun élément déterminant qui aurait échappé à l'examen des experts S.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ et qui serait susceptible de remettre en cause les conclusions de ces spécialistes. Aussi celles-ci doivent-elles être préférées à tout autre avis médical.

**b)** Sur le plan psychiatrique, les médecins du BEM ont retenu que la recourante présentait un syndrome de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, sans toutefois retenir de diagnostic incapacitant. Ils ont également relevé que s'il y avait eu des éléments pour un trouble de l'adaptation, avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, d'intensité moyenne, ce trouble était en rémission complète.

Dans son rapport du 17 juin 2014, la Dresse G.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'état anxio-dépressif extrêmement sévère, la patiente étant extrêmement déprimée, apathique et « robotisée ». Ce médecin précisait qu'aucune activité ne pouvait être envisagée, vu l'état dépressif et somnolent de la recourante.

La Dresse H.\_\_\_\_\_, après avoir constaté une amélioration passagère de l'état psychique de sa patiente entre janvier et juillet 2014, a diagnostiqué, en janvier 2015, un épisode dépressif, alors moyen à sévère, avec symptômes de phobie sociale, consécutif notamment à des douleurs invalidantes du membre supérieur droit, à la souffrance de ne plus pouvoir assumer les activités quotidiennes ainsi qu'à la souffrance consécutive à son licenciement avec une perte d'estime de soi, un sentiment de non-valeur, de la tristesse et le développement d'anxiété à l'idée d'être confrontée à autrui.

Dans le cadre de l'examen rhumatologique et psychiatrique pratiqué au SMR, la Dresse P.\_\_\_\_\_ n'a retenu, dans son rapport du 30 juin 2015, aucun diagnostic sur le plan psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail, précisant que l'examen effectué n'avait pas

objectivé l'aggravation attestée par la Dresse H.\_\_\_\_\_. Elle a en particulier constaté l'absence de troubles manifestes de l'attention, de la concentration, de la mémoire, de crises de panique, d'état d'anxiété généralisée et d'état dépressif majeur, seule une majoration des plaintes physiques pour des raisons psychologiques, soit l'existence de traits histrioniques, ayant été retenue.

A la suite de l'examen du SMR, la Dresse H.\_\_\_\_\_ a souligné, dans un rapport médical du 29 novembre 2015, que les éléments rapportés dans le cadre de cet examen ne tenaient compte ni des traumatismes vécus par l'assurée, ni de son fonctionnement qui la handicapait et la maintenait dans une position qui paraissait « verrouillée et figée ».

Compte tenu des avis médicaux divergents entre les médecins du BEM et du SMR d'une part, et les médecins traitants, d'autre part, la Cour de céans a jugé nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire pluridisciplinaire. Celle-ci a été confiée au Dr A.\_\_\_\_\_ pour ce qui est du volet psychiatrique. L'expert a retenu comme diagnostic un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques et a estimé que la capacité de travail de la recourante était nulle dans toute activité à tout le moins dès janvier 2015, rejoignant ainsi l'avis de la Dresse H.\_\_\_\_\_. En l'espèce, l'expertise du Dr A.\_\_\_\_\_ a été établie en tenant compte de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral. En outre, ce médecin a tenu compte des rapports de la psychiatre traitante, de l'expertise du BEM et de l'examen bidisciplinaire pratiqué au SMR et après avoir examiné la recourante. Il expose les constatations qu'il a pu faire lors de son examen. Il a posé des diagnostics et les a justifiés. Il a en particulier exposé pour quelles raisons il écartait le diagnostic de trouble somatoforme douloureux et celui de phobie sociale, posé par la psychiatre traitante. Il a clairement décrit pourquoi il retenait un épisode dépressif sévère. Son rapport, comme ceux des co-experts, répond ainsi aux requisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Tel est le cas également s'agissant du début de l'invalidité. A cet égard, on relèvera que l'avis du 26 juin 2018 du Dr T.\_\_\_\_\_ est contradictoire : d'une part, celui-ci tient l'examen SMR de mai 2015 toujours pour convaincant. Or, le

rapport faisant suite à cet examen n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique ayant une influence sur la capacité de travail, en particulier aucun état dépressif majeur. D'autre part, dans son avis du 26 juin 2018, le Dr T.\_\_\_\_\_ constate que « l'expertise PMU laisse transparaître une souffrance indéniable au niveau psychique » de la recourante. Il relève que la difficulté consiste à en dater le caractère incapacitant. Il admet donc, - contrairement à l'examen du SMR -, une atteinte incapacitante au niveau psychique.

Reste donc à dater le début de l'incapacité de travail. Le Dr A.\_\_\_\_\_ la fait remonter en janvier 2015. Il explique pourquoi il ne peut suivre les conclusions du SMR de mai 2015 et il expose que le tableau clinique qu'il a dressé est compatible avec les constatations de la psychiatre traitante. Il n'y a en l'occurrence pas de raisons de s'écarter de l'avis de l'expert psychiatre.

Il convient en définitive de retenir que la recourante est en incapacité de travail totale pour des motifs psychiatriques dès le mois de janvier 2015.

**c)** Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). Ainsi, le droit à une rente peut prendre naissance, pour autant que toutes les autres conditions soient remplies, au plus tôt après une année d'incapacité de travail ininterrompue d'au moins 40 % en moyenne.

En l'espèce, compte tenu d'une incapacité de travail totale dès janvier 2015, le délai d'une année est venu à échéance en janvier 2016, soit postérieurement à la décision attaquée du 1<sup>er</sup> septembre 2015.

**6.**           **a)** Compte tenu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour qu'il examine le droit de la recourante à une rente d'invalidité à l'échéance du délai légal d'une année à compter de l'incapacité de travail, soit en l'espèce dès janvier 2016.

**b)** 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI) ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 4 al. 2 TFJDA [Tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et 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 celle-ci a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. La recourante est néanmoins rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais judiciaires dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

**c)** Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

**d)** Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré par le canton (art. 118 al. 1 let. a et c et 122 CPC [code de procédure civile fédéral du 19 décembre 2008 ; RS 272],

applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office.

En l'espèce, Me Hichri n'a pas produit de liste d'opérations. Compte tenu de l'ampleur de la procédure et des opérations effectuées, il convient de fixer son indemnité de conseil d'office à 2'300 fr., débours et TVA compris.

Cette indemnité sera, à l'instar des frais judiciaires, provisoirement assumée par le canton, la recourante étant toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser ce montant dès qu'elle sera en mesure de le faire.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 1<sup>er</sup> septembre 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour qu'il examine le droit de la recourante à une rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016.
- IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- V.** Il n'est pas alloué de dépens.

**VI.** L'indemnité d'office de Me Karim Hichri, conseil N.\_\_\_\_\_, est fixée à 2'300 fr. (deux mille trois cents francs), débours et TVA compris.

**VII.** La 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, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Karim Hichri (pour N.\_\_\_\_\_),
- 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).

La greffière :