

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 août 2018

---

Composition : M. NEU, président  
MM. Küng et Bonard, assesseurs  
Greffier : M. Schild

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**L.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Laurent Damond, à Lausanne,

et

**E.**\_\_\_\_\_, à Vevey, intimé.

---

**Art. 28 al. 1 et al. 2 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** Née en 1966, L.\_\_\_\_\_ (ci-après ; l'assurée ou la recourante) dispose d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de coiffeuse. Mère de trois enfants, elle a exercé son métier dans son salon de coiffure, à [...]. Une part de son activité était constituée des tâches administratives inhérentes à la gestion de son salon. Elle dispensait également des cours de formation.

Le 21 septembre 2011, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation, subissant d'importantes lésions au membre inférieur droit qui l'ont empêchée de reprendre son activité professionnelle. Dès le 15 mai 2012, l'assurée a repris son activité professionnelle à un taux de 25%.

**B.** Dans l'intervalle, le 21 octobre 2011, L.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après ; l'OAI ou l'intimé), invoquant son accident de la circulation.

Dans des rapports médicaux du 15 février 2013 et du 9 juillet 2013, les Drs G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, et X.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, se sont prononcés sur le cas de l'assurée, retenant divers status post accident de la circulation au membre inférieur droit. Quant à la capacité de travail, elle a été fixée à 25% dans l'activité habituelle par le Dr G.\_\_\_\_\_, s'élevant à 50% dans une activité médicalement adaptée dès l'été 2012 pour le Dr X.\_\_\_\_\_.

Dans un rapport médical du 8 juillet 2014, complété par courrier du 8 septembre 2014 adressée à l'OAI, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, s'est déterminé comme suit sur la situation de l'assurée :

« En principe, Mme L. \_\_\_\_\_ a déjà un travail bien adapté en tant que coiffeuse, activité qui lui permet déjà de pouvoir changer de position selon besoins et d'éviter le port de lourdes charges.

Toutefois, malgré l'évolution lentement favorable, elle est encore amenée à marcher avec une canne et à mon avis son activité pourrait tout au plus être adaptée à 50%. Capacité qui devra être envisagée progressivement. »

Poursuivant l'instruction du dossier, l'OAI a mis en œuvre une expertise orthopédique, confiée au Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport d'expertise du 28 avril 2015, le Dr B. \_\_\_\_\_ a retenu comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail un status post fracture du fémur distal droit et de fracture ouverte du calcaneum droit avec une arthrose posttraumatique de l'articulation sous-astragalienne droite. Face à l'obligation de ne pas placer la cheville droite de l'intéressée dans une position biomécanique défavorable, le médecin a énuméré comme limitations fonctionnelles l'impossibilité d'effectuer de longs déplacements à pieds dans des terrains irréguliers, pentus ou glissants, le franchissement régulier d'escaliers à titre professionnel, le travail sur les échelles ou les échafaudages ainsi que le travail en position agenouillée ou accroupie. Le port et le transport de charge était quant à lui limité à 15 kilos. Ce spécialiste a estimé que l'activité administrative et l'enseignement étaient exigibles à temps plein. A condition de pouvoir bénéficier d'une selle de travail afin de décharger régulièrement sa cheville droite et dans le respect de ses limitations fonctionnelles, l'activité de coiffeuse était exigible à temps plein. Pour ce spécialiste, la capacité de travail était donc pleine dans son activité habituelle, et ce dès le 14 mai 2012, date de la consolidation des fractures avec reprise du travail. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a également suggéré de procéder à un examen psychiatrique de l'assurée.

Dans un avis du 21 mai 2015, le Service médical de l'AI (ci-après : le SMR), soit le Dr Q. \_\_\_\_\_, se fondant sur l'avis du Dr B. \_\_\_\_\_, a retenu une pleine capacité de travail tant dans une activité adaptée que dans l'activité habituelle, et ce dès le 14 mai 2012. Il a renoncé à instruire

l'aspect psychiatrique du tableau clinique de l'assurée, estimant qu'il n'y avait aucun élément justifiant cette mesure.

**C.** Dans un projet de décision du 24 novembre 2015, tant l'octroi d'une rente d'invalidité que des mesures de reclassement ont été refusés. Se ralliant à la position du Dr B.\_\_\_\_\_, l'OAI a en effet estimé que, dans son activité habituelle de coiffeuse, sa capacité de travail était totale dès le 14 mai 2012 moyennant l'utilisation de moyens auxiliaires, en particulier l'emploi d'une selle de travail. Par ailleurs, l'OAI a relevé que le délai d'attente d'une année nécessaire à l'ouverture du droit à la rente n'était pas rempli, la période d'incapacité de travail reconnue, soit du 21 octobre 2011 au 13 mai 2012, ne dépassant pas une année.

Le 13 janvier 2016, L.\_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de son conseil, Me Laurent Damond, s'est déterminée sur le projet de décision précité, concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité au vu d'une incapacité de travail de 75%, ainsi qu'à l'allocation de mesures de reclassement. Elle a soutenu que le délai d'attente était atteint, au vu de son incapacité de travail de 75% dès le 15 mai 2012. L'assurée a fait remarquer qu'elle ne pouvait exercer l'entier de son travail en étant uniquement assise. Elle a ensuite relevé son déconditionnement musculaire, entraînant une fatigue plus importante ainsi que des douleurs, affectant de manière déterminante sa capacité de travail. Elle a également annoncé produire prochainement une attestation relative à son état de santé psychique.

Dans un avis transmis à l'OAI le 15 mars 2016, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie et médecin traitant de l'assurée, a constaté chez l'intéressée la présence d'un état dépressif accompagné d'angoisses récurrentes. Sur le plan psychiatrique, il a retenu une incapacité de travail de 25% dès le 31 juillet 2015 jusqu'au 11 octobre 2015, puis de 15% du 12 octobre 2015 au 1<sup>er</sup> novembre 2015, l'assurée retrouvant une pleine capacité sur ce plan dès le 2 novembre 2015.

Par décision du 7 novembre 2016, l'OAI a confirmé son projet du 24 novembre 2015 et rejeté la demande de prestations déposée par l'assurée, retenant une pleine capacité de travail dès le 14 mai 2012. L'office a souligné la pleine force probante de l'expertise établie le 30 avril précédant par le Dr B.\_\_\_\_\_. Quant au rapport du Dr H.\_\_\_\_\_, il ne faisait pas état d'une incapacité de travail durable sur le plan psychiatrique.

**D.**           **a)** Par acte de recours de son conseil du 9 décembre 2016, L.\_\_\_\_\_ a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a principalement conclu à l'annulation de la décision du 7 novembre 2016 et au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle a préalablement requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer précisément sa capacité résiduelle de travail. Elle reprochait à l'OAI de ne pas avoir tenu compte de la problématique psychiatrique de son cas et de s'être fondé uniquement sur une expertise orthopédique. Par ailleurs, les moyens auxiliaires dont l'OAI faisait mention, soit des chaussures, respectivement des semelles orthopédiques, ainsi qu'une selle de travail dans l'exercice de son activité, n'étaient pas suffisants afin de retrouver une pleine capacité de travail. Elle reprochait également à l'office de ne pas avoir exploré la possibilité d'un changement d'activité, lui refusant toute mesure de reclassement.

**b)** Dans sa réponse datée du 9 février 2017, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision querellée, constatant notamment l'absence d'élément nouveaux qui auraient été ignorés par l'expert ou seraient survenus postérieurement à l'expertise de 2015. L'intimé a renvoyé à l'analyse médicale du cas effectué par le SMR ainsi qu'à son courrier du 7 novembre 2016.

**c)** Répliquant en date du 3 avril 2017, la recourante a persisté dans ses conclusions, notamment quant à la nécessité de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire.

**d)** Dupliquant le 19 avril 2017, l'OAI a proposé une nouvelle fois le rejet du recours et le maintien de la décision querellée.

**E.**           **a)** Le 29 juin 2017, le juge instructeur a informé les parties de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, laquelle a été confiée aux Drs N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et V.\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie, de l'Unité d'expertises médicales de la Polyclinique Q.\_\_\_\_\_, à [...]. Dans leur rapport d'expertise du 23 janvier 2018, ces spécialistes ont retenu comme diagnostics invalidants un status après-fracture ouverte intra-articulaire du calcanéum droit, fracture sus- et intercondylienne avec importante extension et comminution métaphysaire du fémur droit ouverte le 21 septembre 2011 (T93.2) avec ankylose arthrosique de l'articulation sous-talienne (M19.17), déficit de mobilité du genou droit (M25.66) et lésion traumatique du nerf sural droit (M75.0), ainsi qu'une capsulite rétractile de l'épaule gauche dans un contexte de tendinopathie calcifiante du sus-épineux sans nette rupture tendineuse (M75.0). Concernant les diagnostics dénués d'influence essentielle sur la capacité de travail, les experts ont retenus un épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F32.00). Ils ont estimé que la capacité de travail était limitée à 50% dans l'activité habituelle de l'assurée, respectivement qu'une capacité de travail demeurerait entière dans une activité adaptée, depuis le mois de mai 2012.

A l'occasion de la discussion clôturant le rapport d'expertise, les Drs N.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ ont relevé les éléments suivants :

« En conclusion, sur le plan orthopédique, les séquelles au niveau du membre inférieur droit justifient une diminution de la capacité de travail de 50% dans l'activité de coiffeuse telle qu'exercée par Madame L.\_\_\_\_\_ jusqu'à présent, ceci malgré l'utilisation d'une selle de travail et ceci depuis le mois de mai 2012. Notre avis d'éloigne de l'expertise orthopédique du Dr B.\_\_\_\_\_ qui retenait une capacité de travail complète dans cette activité de coiffeuse moyennant l'utilisation d'une selle de travail.

Dans une activité totalement adaptée, c'est-à-dire assise ou semi-assise avec déplacement occasionnel, avec port de charges occasionnel de 5 kg, exceptionnellement de 10 kg, sans l'utilisation

continue des bras à hauteur d'épaules, la capacité de travail est théoriquement complète.

[...]

Sur le plan des diagnostics psychiatriques, se pose la question d'un éventuel état de stress post-traumatique. En effet, Madame L.\_\_\_\_\_ décrit avoir présenté pendant les deux années qui ont suivi l'accident du 21.09.2011 des symptômes tels que des flashs back, des cauchemars liés à l'accident et des comportements d'évitement (elle n'a pu reprendre la conduite automobile qu'en janvier 2017). Cette symptomatologie s'est peu à peu améliorée et actuellement une échelle psychométrique spécifique PCL-S permet d'infirmier la présence d'un état de stress post-traumatique clinique. Cependant, ceci n'exclut pas que cette pathologie ait été présente durant les premières années ayant suivi l'accident de voiture. De même, le suicide du mari, événement traumatisant, n'a pas généré d'état de stress post-traumatique (score insuffisant à la PCL-S), bien que l'expertisée décrive des rêves en lien avec cet événement et des facteurs susceptibles de perturber l'équilibre émotionnel de l'assurée, ce qui s'ajoute à ses problèmes somatiques.

Sur le plan thymique, contrairement au psychiatre traitant, le Dr H.\_\_\_\_\_, nous ne retenons pas le diagnostic de trouble dépressif récurrent puisque nous ne pouvons mettre en évidence plusieurs épisodes dépressifs délimités dans le temps, entrecoupés de phases de rémission. En conséquence, depuis le début de la prise en charge psychiatrique en 2015, Madame L.\_\_\_\_\_ présente un épisode dépressif unique dont l'intensité était jugée moyenne à cette époque. A l'heure actuelle, la symptomatologie dépressive a évolué favorablement et, sur une échelle psychométrique de dépression MADRS, les symptômes se situent au seuil de l'épisode dépressif léger. Les symptômes résiduels comprennent en particulier une humeur fluctuante, une tendance à la dévalorisation, des idées modérées de culpabilité, une légère baisse de plaisir et de motivation, de la lassitude et quelques troubles légers de la concentration.

Concernant la personnalité, il existe des facteurs de fragilité antérieurs à l'accident liés à l'enfance, avec un manque d'estime de soi, des difficultés à établir des liens d'amitié mais Madame L.\_\_\_\_\_ a fait preuve de ressources et a su établir des liens affectifs stables aussi bien sentimentaux, familiaux, que dans le domaine professionnel. Globalement, elle dispose de ressources et de fonctions complexes du Moi développées et efficaces.

Concernant les douleurs, celles-ci sont entièrement expliquées par les séquelles secondaires à l'accident de septembre 2011.

Madame L.\_\_\_\_\_ présente donc actuellement un épisode dépressif léger sans syndrome somatique. Madame L.\_\_\_\_\_ dispose de ressources de personnalité qui lui ont permis de faire face à d'importants facteurs de stress constitués par l'accident de 2011, puis par le suicide de son époux.

L'épisode dépressif léger n'a pas altéré le sens du contact envers les tiers, de même que sa capacité d'évoluer au sein d'un groupe plus large. Les relations avec les proches sont préservées. L'endurance est globalement préservée. Il n'existe pas d'inhibition psychomotrice, de troubles cognitifs majeurs, les capacités de planification et de structuration des tâches, de jugement et de prise de décision sont préservées. Il existe par contre une diminution des activités spontanées.

Actuellement, dans une activité de coiffeuse, les limitations fonctionnelles psychiques ne sont pas suffisantes pour diminuer la capacité de travail. Cependant, relevons que malgré de bonnes ressources de personnalité, Madame L.\_\_\_\_\_ a dû faire face à d'importants facteurs de stress susceptibles de réduire significativement la flexibilité et les capacités adaptatives.

Rétrospectivement, il apparaît qu'au début de la prise en charge psychiatrique, Madame L.\_\_\_\_\_ était vraisemblablement plus décompensée sur le plan thymique qu'à l'heure actuelle, avec présence d'idées suicidaires concrètes. Nous rejoignons l'estimation du psychiatre traitant concernant la capacité de travail, qui semble avoir diminué de l'ordre de 25% de juillet 2015, au moment de la décompensation du trouble dépressif, jusqu'à novembre 2015. Nous n'avons pas de nouveaux rapports médicaux du Dr H.\_\_\_\_\_ depuis le suicide du mari de Madame L.\_\_\_\_\_ mais nous estimons que cet événement a aggravé l'épisode dépressif sur une période d'environ 6 mois, où l'assurée décrit une aboulie sévère et une importante inappétence. Sur le plan psychiatrique, il existe a posteriori à notre avis une incapacité de travail de l'ordre de 50% de février 2016 à août 2016.

Sur le plan de la causalité, bien que Madame L.\_\_\_\_\_ dispose d'une personnalité peu affirmée durant son enfance, avec une tendance à la dévalorisation, elle n'avait jamais manifesté d'épisode dépressif avant son accident de 2011. L'accident de 2011 a certainement joué un rôle déclenchant la symptomatologie dépressive moyenne, qui a été traitée en 2015 par le Dr H.\_\_\_\_\_.

Sur le plan thérapeutique, l'indication formelle d'un antidépresseur n'est plus posée puisque l'assurée ne souffre plus d'une symptomatologie dépressive moyenne ou sévère.

En conclusion, en raison des séquelles orthopédiques secondaires à l'accident de la voie publique dont elle a été victime le 21 septembre 2011, Madame L.\_\_\_\_\_ présente une incapacité de travail à 50% dans l'activité habituelle de coiffeuse et ce depuis le mois de mai 2012 après une période d'incapacité de travail complète de septembre 2011 à mai 2012. Cette capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle de coiffeuse est possible moyennant l'emploi d'une selle, de privilégier le travail administratif et de privilégier les cours que Madame L.\_\_\_\_\_ peut donner à l'Ecole de coiffure. En effet, Madame L.\_\_\_\_\_ doit privilégier une activité où elle peut travailler assise, une activité professionnelle constamment debout étant contre-indiquée. Dans une activité de

coiffeuse, il n'existe pas de limitation d'ordre psychiatrique actuellement.

Dans une activité adaptée, c'est-à-dire assise ou semi-assise avec déplacements occasionnels, la capacité de travail reste totale. En l'absence de pathologie psychiatrique, Madame L. \_\_\_\_\_ dispose théoriquement de ressources psychiques nécessaires à un projet de réadaptation. »

**b)** Dans ses déterminations du 19 mars 2018, la recourante a requis un complément d'expertise portant sur l'évolution chronologique de ses limitations fonctionnelles ainsi que sur l'existence d'un éventuel stress post-traumatique. La recourante a également relevé une éventuelle diminution de rendement dans son activité de coiffeuse compte tenu de l'impossibilité de procéder à des coupes autres que celles de la nuque. Concernant la problématique psychiatrique, elle a contesté le diagnostic retenu par l'expert psychiatre, soulignant la récurrence de son trouble. Elle a finalement relevé la nécessité d'obtenir des informations complémentaires auprès de son psychiatre-traitant, afin de préciser l'état qui fut le sien à la suite du suicide de son mari.

**c)** Le 9 mars 2018, l'OAI a rejoint les conclusions de l'expertise judiciaire, produisant un avis médical SMR du 14 février 2018 à l'appui de ses déterminations. L'intimé a par ailleurs convenu de la nécessité de mesures d'instruction complémentaires sur le plan économique afin de définir le degré d'invalidité de la recourante, respectivement d'examiner si des mesures professionnelles étaient envisageables.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent en principe à la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) (art. 1 LAI). Les décisions sur oppositions et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit

être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]), et dans le respect des autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment). Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**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, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'occurrence, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité. En particulier, est querellée la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle ainsi que dans une activité réputée adaptée.

**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 ; 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 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine

d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

**c)** Un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

**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 les médecins, 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 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une

opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

**b)** Ce qui importe pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, c'est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes 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; 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 ; TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent en revanche être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidentiels 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; VSI 2001 p. 106 consid. 3b ; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

**5. a)** En l'espèce, l'état de santé somatique de la recourante a fait l'objet d'investigations approfondies, menées d'abord par un expert mandaté par l'intimé, le Dr B.\_\_\_\_\_, puis par les experts de la Polyclinique Q.\_\_\_\_\_, dans le cadre de l'expertise judiciaire qui leur a été confiée et de leur rapport du 23 janvier 2018. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a retenu une capacité de travail entière dans l'activité habituelle effectuée dans le respect des limitations fonctionnelles retenues. Pour la PMU, dite capacité était limitée à 50% dans l'activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée. Cette dernière appréciation apparaît pertinente dès lors qu'elle a fait l'objet d'une discussion approfondie (p. 28, 30 et 33 de l'expertise judiciaire), les experts analysant à satisfaction l'impact des limitations fonctionnelles de la recourante sur l'exercice de son activité professionnelle. L'anamnèse est par ailleurs complète et les conclusions clairement motivées, au terme d'un consilium portant sur la problématique globale du cas.

Il n'existe dès lors pas de motifs justifiant de s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire, les explications quant à la capacité de travail de la recourante étant parfaitement convaincantes. Il est par ailleurs relevé qu'une expertise pluridisciplinaire judiciaire a pour vocation d'établir la situation médicale de la recourante ainsi que son impact sur la capacité de travail, la question d'une éventuelle diminution du rendement de l'assurée étant quant à elle abordée dans le cadre de mesures professionnelles. On retiendra finalement que l'intimé, après consultation du SMR, s'est également rallié aux conclusions de l'expertise.

**b)** Sous l'angle psychique, la recourante a été prise en charge par le Dr H.\_\_\_\_\_, qui a constaté la présence d'un état dépressif accompagné d'angoisses récurrentes, entravant la capacité de travail de

25% dès le 31 juillet 2015 jusqu'au 11 octobre 2015, puis de 15% du 12 octobre 2015 au 1<sup>er</sup> novembre 2015, dite capacité étant entière sur le plan psychiatrique dès le 2 novembre 2015. On observe que les conclusions de l'expertise judiciaire sur le plan psychiatrique ne diffèrent pas fondamentalement de celles du psychiatre traitant, se rejoignant notamment sur la pleine capacité de travail actuelle présentée par la recourante. S'il est vrai qu'il existe une divergence sur le plan diagnostique (un épisode dépressif léger, sans syndrome somatique retenu par l'expert judiciaire alors qu'un état dépressif accompagné d'angoisses récurrentes est retenu par le Dr H. \_\_\_\_\_), elle ne saurait à elle seule remettre en cause les conclusions de l'expertise.

Dans ses déterminations du 19 mars 2018, la recourante soulève la question d'un éventuel stress post-traumatique. Il ressort cependant de l'expertise que cette question a été traitée à satisfaction, les experts retenant en définitive, de manière motivée, que l'amélioration progressive de la symptomatologie ne permettait pas de retenir un état de stress post-traumatique clinique (cf. page 31 de l'expertise judiciaire).

**c)** Quoi qu'en dise la recourante, le rapport d'expertise du 23 janvier 2018 établi par les Drs N. \_\_\_\_\_, W. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_, de la Polyclinique Q. \_\_\_\_\_, répond donc manifestement aux réquisits de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante. D'excellente facture, elle intègre une anamnèse complète et se fonde sur un examen clinique et circonstancié de l'assurée ; par ailleurs, en posant les diagnostics avec et sans influence sur la capacité de travail, les experts ont clairement motivé leur appréciation du cas.

**d)** En conséquence, il s'agit de suivre l'avis des experts judiciaires et de considérer que la recourante présente, dès le mois de mai 2012, une capacité de travail dans l'activité habituelle de 50%, dite capacité demeurant entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Celles-ci sont exclusivement d'ordre ostéo-articulaires au niveau du membre inférieur droit et de l'épaule gauche, induisant la nécessité d'une activité assise ou semi-assise avec déplacement

occasionnel, un port de charges occasionnel de 5 kg, exceptionnellement de 10 kg, et l'interdiction de l'utilisation continuelle des bras à hauteur d'épaules.

**6. a)** Dans ses déterminations du 19 mars 2018, la recourante a requis un complément d'expertise ainsi qu'un rapport complémentaire de la part de son psychiatre traitant.

**b)** Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335 consid. 3c ; 124 V 90 consid. 4b ; TF 9C\_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références).

**c)** Le dossier est en l'occurrence complet. Les pièces médicales présentes au dossier, en particulier l'expertise judiciaire pleinement probante du 23 janvier 2018, permettent de statuer en pleine connaissance de cause. Quant à la production d'un rapport complémentaire de la part du psychiatre traitant de l'assurée, il y a lieu de relever que ce dernier, enclin à témoigner d'une certaine empathie envers l'assurée, a déjà eu l'occasion de se déterminer dans le cadre de la procédure, la question du suicide du mari de la recourante étant par ailleurs déjà prise en compte dans l'appréciation des experts (cf. page 32 et 33 de l'expertise judiciaire). La requête tendant à la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires est ainsi écartée.

**7. a)** Au vu de ce qui précède, il apparaît que la situation est clarifiée à satisfaction sur le plan médical. Toutefois, comme le relève l'intimé avec pertinence, il y a lieu de compléter l'instruction de la cause sur le plan économique, cette dernière étant dès lors renvoyée à l'autorité compétente afin de procéder aux mesures d'instructions utiles à statuer

sur le droit à des mesures professionnelles. Dans la mesure où la recourante a également conclu à un tel renvoi, il y a lieu d'admettre le recours sur ce point en faisant droit aux conclusions conjointes des parties.

**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 judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter ces frais à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, compte tenu du renvoi au complément d'instruction précité.

**c)** Le recourant, qui obtient ainsi gain de cause avec le concours d'un mandataire, a droit à une indemnité de dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; cf. également art. 11 al. 2 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'000 fr. à la charge de l'intimé (art. 55 al. 2 LPA-VD), compte tenu de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 7 novembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité est annulée, la cause est renvoyée à l'Office pour nouvelle décision dans le sens des considérants.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

**IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de dépens, fixée à 2'000 fr. (deux mille francs).

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Damond, pour la recourante,
- l'Office pour l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'Office fédéral pour les assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :