

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 janvier 2019

Composition : M. PIGUET, président
M. Neu et Mme Berberat, juges
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourante, représentée par Me Alexandre Guyaz, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 17 LPGA ; art. 28 LAI

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a exercé au cours de sa vie professionnelle diverses activités dans le secteur administratif.

Le 3 avril 2002, elle a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé), motif pris de problèmes au genou droit. Cette demande s'est soldée par un refus de prestations de l'office AI (décision du 5 novembre 2003, confirmée sur opposition le 23 septembre 2005).

B. a) Le 27 octobre 2009, K._____ a été la victime d'un accident de la circulation routière. Alors qu'elle circulait avec son scooter, elle a été renversée par un train routier. Elle a subi à cette occasion une fracture par compression latérale du bassin (avec fracture de la branche ischio- et iliopubienne gauche et de l'aileron sacré gauche) ainsi que de multiples contusions au coude gauche, à la hanche gauche, au genou droit et à la main droite.

b) Se plaignant à la suite de cet accident de lombalgies, de cervicalgies, de cervicobrachialgies gauches ainsi que de douleurs à la main droite, au pouce droit et au niveau des genoux, K._____ a déposé le 2 juin 2010 une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office AI a recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assurée, les Drs S._____, spécialiste en médecine interne générale, et L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. L'office AI a également fait verser le dossier constitué par l'assureur-accidents de l'assurée, C._____ (ci-après : C._____).

Des pièces médicales versées au dossier, il ressortait en substance que la lésion du bassin avait évolué favorablement sur le plan objectif (rapport du Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil du C._____, du 29 mars 2010) et que l'assurée avait bénéficié d'une intervention chirurgicale pour rupture du ligament collatéral cubital de la base du pouce droit le 7 décembre 2009, puis d'une révision avec capsuloplastie et réinsertion transosseuse le 23 septembre 2010 (rapport du Dr L._____, du 28 décembre 2010).

Estimant que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, l'office Al a, par décision du 29 août 2011, rejeté la demande de prestations de l'assurance-invalidité.

C. Le 2 mai 2012, K._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, invoquant le fait qu'elle se trouvait à nouveau en incapacité totale de travailler depuis le 1^{er} septembre 2011.

Dans le cadre de l'instruction de cette nouvelle demande, l'office Al a recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assurée et fait verser le dossier constitué par l'assureur-accidents de l'assurée, C._____.

Des pièces médicales versées au dossier, il ressortait en substance que l'assurée avait bénéficié de trois nouvelles interventions chirurgicales concernant son pouce droit, soit une ligamentoplastie métacarpophalangienne collatérale ulnaire le 6 octobre 2011, puis une arthrodèse métacarpophalangienne le 14 décembre 2011 et un réalignement pour pronation trop importante le 30 décembre 2011. Le matériel d'ostéosynthèse a été ôté le 28 novembre 2012.

Dans un rapport établi le 19 novembre 2012 pour le compte de l'assureur-accidents de l'assurée, le Dr F._____ a indiqué ce qui suit :

La problématique concernant l'hémi-bassin gauche a déjà été traitée lors du dernier examen (du 29 mars 2010). La fonction de la hanche est préservée. L'appui unipodal gauche ne révèle aucune gêne particulière. La récente radiographie sacrée ne montre plus de trace de l'ancienne fracture. Il n'y a donc aucun élément nouveau susceptible de modifier les conclusions de l'époque.

En ce qui concerne le pouce droit, on arrive au terme de ce traitement un peu ardu. L'articulation est solide, permettant l'AMO [ablation du matériel d'ostéosynthèse] à brève échéance.

Sur la base de ces éléments, je n'ai pas d'argument pour limiter la capacité de travail, relatif aux séquelles du seul événement qui nous concerne (celui du 27 octobre 2009) dans le métier de secrétariat, métier parfaitement adapté à la situation actuelle. Pour le pouce droit, en cas de persistance de douleurs d'effort, l'utilisation d'une orthèse assurera une fonction adéquate. Une éventuelle hyperesthésie cicatricielle, après AMO, ne constituera pas un obstacle à la reprise du travail. Elle nécessitera peut-être encore un traitement de désensibilisation.

La problématique du poignet gauche (voire du pouce gauche) ne concerne pas l'événement du 27 octobre 2009. Il en est de même pour les polyarthralgies signalées, voire des rachialgies.

Mme K. _____ insiste surtout sur les doléances de son épaule gauche, qu'elle attribue à l'événement qui nous concerne. Pourtant, aucune plainte y relative, significative, n'avait été formulée lors de l'examen pratiqué en 2010. Plus encore, les douleurs signalées, en l'absence d'un déficit fonctionnel appréciable, peuvent parfaitement rentrer dans le cadre d'un banal conflit sous-acromial (présent bilatéralement), ou encore intégrées dans le cadre de cervico-brachialgies relatives à la dégénérescence du rachis cervical.

Enfin, si l'utilisation des cannes avait pu constituer une cause de la neuropathie irritative cubitale bilatérale constatée en 2010, elle ne peut plus être jugée comme responsable (pour la neuropathie résiduelle à droite) plus de deux ans après. Ce d'autant plus qu'une telle pathologie n'a rien d'exceptionnel chez une femme âgée de 48 ans (le pic des pathologies canalaire du membre supérieur étant précisément la 5^{ème} décennie, lié souvent à des phénomènes hormonaux).

Pour les seules séquelles (ou suites) des interventions chirurgicales pratiquées au pouce droit le 6 octobre 2011, le 14 décembre 2011, puis encore le 30 décembre 2011, une reprise du travail aurait dû être signifiée au plus tard en juillet 2012 (environ 3 mois après la sortie définitive du plâtre, minimum 6 mois après la dernière arthrolyse, la patient étant munie de son orthèse).

En outre, après l'AMO prévu à la fin du mois, une période d'IT [incapacité de travail] de 15 jours au maximum est admissible.

A la demande de l'assurance-accidents, le Dr X. _____, spécialiste en chirurgie de la main et en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, a établi le 29 octobre 2013 un rapport d'expertise dont on extrait les éléments suivants :

8. En tenant compte des seules suites de cet accident :

a) Quelle est l'incapacité de travail dans la profession de téléphoniste pouvant être admise après les interventions de 2011 ?

En faisant abstraction des événements antérieurs à cet accident, lesquels à eux seuls pourraient être tenus comme responsables d'une incapacité à travailler comme téléphoniste (intolérance aux bruits, état dépressif et polyinsertionite ainsi que douleurs résiduelles) pendant les dites interventions et en raison de leurs échecs successifs l'incapacité de travail dans la profession de téléphoniste ou de secrétaire était totale ce qui n'est pas contesté.

b) Quelle est l'incapacité de travail dans la profession de téléphoniste pouvant être admise après l'intervention du 28.11.2012 (la dernière) ?

Comme simple téléphoniste et en évitant les surcharges comme par exemple l'écriture prolongée, son incapacité de travail comme téléphoniste et tenant compte des séquelles décrites n'est que de 10 % au maximum.

A noter que Mme K. _____ s'est toujours plainte que les services administratifs focalisaient son activité comme téléphoniste alors qu'elle se décrit elle-même comme opératrice de saisie ce qui entraînait une surcharge des deux mains plus importante que celle de téléphoniste. Dans ce cas on pourrait alors admettre une incapacité de travail comme opératrice de saisie très légèrement supérieure.

c) Quelle est la capacité de travail actuelle ?

La réponse à cette question est difficile car elle dépend bien entendu du poste de travail qu'elle occuperait à savoir : comme téléphoniste 90 %, comme opératrice de saisie 80 %, et ainsi pour d'autres activités professionnelles comme par exemple caissière de cinéma où elle pourrait travailler quelques heures par jour 100 %.

d) Si une incapacité de travail subsiste à partir de quand peut-on raisonnablement exiger que l'assurée qu'elle reprenne partiellement ou entièrement le travail ?

Tenant compte de ce qui vient d'être développé et afin de ne pas préteriter Mme K. _____ tout ce qui précède devra être pris en compte à la date de la remise de la présente expertise.

Compte tenu des renseignements recueillis, l'office AI a jugé nécessaire de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) dont elle a confié la réalisation au Q. _____ (ci-après : Q. _____)

Dans leur rapport du 11 juin 2014, les Drs R. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu les diagnostics -

avec répercussion sur la capacité de travail - de gonarthrose droite modérée post-traumatique, de status après arthrodèse du métacarpo-phalangienne du pouce droit, de troubles mixtes de la personnalité, de dysthymie et de syndrome douloureux somatoforme persistant. En ce qui concerne la capacité de travail, les experts ont retenu les conclusions communes suivantes :

Sur le plan somatique, dans un travail léger, avec possibilité d'alterner la position aux 2 heures, sans travail dans une gestuelle monotone de préhension ou d'opposition du pouce, sans engins provoquant des vibrations, sans charge, sans travail en zone basse ou sol instable, la capacité de travail est de 100 % au plan somatique. Dans les anciennes activités où Mme décrit qu'elle exerçait un travail des mains contre une certaine résistance ou un travail permanent dans la même gestuelle, une capacité de travail de 80 % doit être reconnue pour permettre des pauses et tenir compte d'une certaine baisse de rendement.

Si au plan strictement somatique incluant la pathologie du genou, Mme aurait pu reprendre le travail après la dernière opération du pouce en fin d'année 2012. Pour les périodes entre l'accident de 2009 et l'arthrodèse du pouce ayant compris les 5 interventions de la main et qui ont concerné l'assureur-accident, nous vous prions de vous reporter à l'expert chirurgien de la main.

Sur le plan psychique, une incapacité de 50 % est reconnue, dans toute activité, depuis décembre 2012 alors que les incapacités somatiques post-chirurgicales avaient pris fin et que, selon les somaticiens Mme s'est trouvée avec des douleurs persistantes qui n'avaient plus de substrats objectifs dans lesquelles le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux a été identifié, avec une comorbidité psychiatrique.

Globalement, l'incapacité de travail est de 50 % dans toute activité depuis décembre 2012.

Par la suite, l'assurée s'est vu allouer par l'office AI une mesure de réinsertion sous forme d'un entraînement à l'endurance. Initialement prévue du 4 mai au 31 juillet 2017, cette mesure a été interrompue à la demande de l'assurée le 22 juin 2015.

Après avoir soumis le dossier pour analyse à son Service médical régional (avis des 16 novembre 2015 et 8 septembre 2016), l'office AI a, par décisions des 9 décembre 2016 et 27 février 2017, alloué à l'assurée un quart de rente d'invalidité du 1^{er} juillet au 30 septembre 2013, puis une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2013.

D. **a)** Par acte des 26 janvier et 27 mars 2017, K._____, représentée par Me Alexandre Guyaz, avocat à Lausanne, a déféré les décisions des 9 décembre 2016 et 27 février 2017 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2012, subsidiairement à l'octroi d'un quart de rente à compter du 1^{er} avril 2013, puis de trois quarts de rente à compter du 1^{er} août 2013, très subsidiairement au renvoi de la cause à l'office AI pour nouvelle décision au sens des considérants. En substance, elle reprochait à l'office AI de n'avoir pas tenu compte dans le cadre de son appréciation du syndrome somatoforme douloureux diagnostiqué par les experts Q._____. Or, à la lumière des indicateurs mis en évidence par la jurisprudence pour établir le caractère invalidant d'une atteinte à la santé psychique, il apparaissait à la lecture de l'expertise Q._____ qu'elle remplissait la plupart de ceux-ci. A tout le moins, une nouvelle expertise devait être ordonnée, afin de procéder à un examen concret et structuré de la situation. Au surplus, l'assurée contestait la manière dont l'office AI avait procédé à la comparaison de ses revenus, singulièrement le revenu d'invalidité pris en considération.

b) Dans ses réponses des 20 mars et 9 mai 2017, l'office AI a conclu au rejet du recours. Il estimait notamment que la capacité de travail retenue par les experts Q._____ englobait les différents diagnostics retenus, dont celui de syndrome douloureux somatoforme persistant.

c) Dans leurs déterminations des 10 avril, 4 mai et 30 mai 2017, K._____ et l'office AI ont confirmé leurs conclusions respectives.

d) Par ordonnance du 12 janvier 2018, le Juge instructeur a joint les causes AI 24/17 et AI 112/17 afin qu'elles fassent l'objet d'une instruction commune et d'un jugement commun.

e) Le 20 février 2018, le Juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique dont la réalisation a été confiée au Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

f) Dans son rapport du 10 septembre 2018, le Dr T._____ a fourni les explications suivantes :

La situation pour laquelle vous avez donné mandat d'examen concerne une femme d'aujourd'hui [...] ans qui a eu un parcours personnel et professionnel complexe. Sa trajectoire a été en première ligne coupée par un accident de circulation sévère au moment où elle avait 18 ans. S'en sont suivis d'autres événements de type très divers, en dernier lieu un accident de circulation en 2009 qui a empêché toute reprise d'activité à partir de 2012. Les problèmes ont été analysés à travers plusieurs expertises, à deux reprises aussi sur le plan psychiatrique. En dernier lieu, en 2014, une incapacité de travail de 50% a été retenue sur ce plan. Une aggravation a été signalée entre temps, mais les informations la concernant sont restées contradictoires et incomplètes. C'est alors dans ce contexte qu'une nouvelle évaluation s'est avérée nécessaire.

Mme K._____ est issue d'une famille qui était installée dans la région de [...]. Elle avait une relativement bonne relation avec son père, mais elle a vécu depuis toujours un rejet affectif de la part de sa mère. A ceci se sont rajoutées des maltraitances physiques. Troisième d'une fratrie de quatre, elle a eu un parcours d'enfant et d'adolescent particulier, ceci dans le sens d'une part qu'elle a souffert d'un eczéma constitutionnel, visible pour son entourage, qui a régulièrement conduit à un questionnement d'autres parents, par exemple si c'était contagieux. Elle a été pour cela à des consultations spécialisées à [...]. D'autre part elle était asthmatique de naissance, affection probablement d'une certaine importance puisqu'elle a été régulièrement en traitement à l'Hôpital [...] et a dû faire des cures en Suisse-allemande et au Tessin. Cette maladie a donc aussi conditionné un éloignement de sa famille et de son entourage scolaire. Lorsqu'elle nous dit aujourd'hui avoir depuis toujours ressenti un rejet de son entourage et depuis toujours le sentiment d'être « autrement que les autres », ceci correspond donc à une réalité physique.

Nous avons pris également note d'un autre événement qui ne se trouve pas encore dans le dossier. Elle a subi une tentative de viol qui a été traitée différemment par ses parents : sa mère disait « tu fais des histoires pour rien » et son père a appelé la police qui a enclenché une procédure qui a conduit à l'identification de l'agresseur et à son expulsion de Suisse. C'est ici un événement traumatisant qui est longtemps resté secret, mais qui se rajoute aux autres éléments mentionnés. Il a une importance aussi car il explique (au moins en partie) les difficultés relationnelles ; l'expertisée disait avoir souffert dès lors d'une absence de plaisir sexuel et avoir de grandes difficultés dans l'approche à l'homme en général.

Il y avait quand-même des ressources, d'une part soutien paternel, d'autre part des capacités scolaires et une volonté de s'en sortir. Elle

aussi entrée en tant qu'adolescente dans une relations sentimentale, entrée dans un apprentissage, mais l'accident de circulation de 1983 a conditionné une coupure assez radicale pour les deux domaines.

Elle avait aussi des ressources, par exemple la lecture et la fréquentation d'une bibliothèque.

Sa trajectoire a été ensuite passablement modifiée ; elle n'a pas pu continuer et terminé sa formation et elle a travaillé en tant que sommelière. Elle a pu quitter ses parents, s'autonomiser, s'installer à [...], elle a eu une période où elle s'est adaptée à plusieurs emplois qui lui étaient accessibles à ce moment-là. Il s'en est suivi une période de stabilité depuis 1989 au moment où elle avait trouvé un poste aux [...]. C'est ici la période la plus continue, stable sur le plan professionnel puisqu'elle a duré presque 11 ans. Il y a ensuite une tentative de se mettre à son compte avec sa soeur dans une entreprise informatique, mais qui s'est rapidement terminée pour cause de mésentente entre les deux partenaires. Par la suite Mme K._____ a été à plusieurs autres postes, dans un bureau de conseils économiques, un *call center*, une imprimerie et autres. Dans la dernière phase de sa vie active elle était secrétaire auxiliaire, employée de saisie, mais sans jamais retrouver une stabilité ni épanouissement.

Sur le plan affectif il y a eu deux courtes relations avec deux hommes très problématiques, dans la délinquance et dans la drogue. Elle est devenue mère d'un enfant qu'elle a éduqué pratiquement seule puisque le père biologique et le père adoptifs ont pris très rapidement de la distance. Cette éducation est devenue pour elle une sorte de colonne vertébrale psychologique, la motivant (par ailleurs jusqu'à aujourd'hui) de rester en vie, de s'engager et d'amener une éducation correcte. Nous avons eu l'occasion de parler avec son fils qui est tout à fait reconnaissant pour tout ce que sa mère a pu mobiliser pour lui. Par ailleurs il est structuré et dans une activité professionnelle et sentimentale.

En dehors des premiers événements mentionnés, le parcours de Mme K._____ était marqué par d'autres accidents et traumatismes : blessures en 2001, blessures en 2005, grave accident de circulation de 2009, expulsion de son appartement en 2011, incendie dans son appartement en 2016. Il existe pour la plupart de tous ces éléments mentionnés une documentation très importante qui remplit les 90% du dossier. Il y a ici des blessures à plusieurs endroits du corps, de longues recherches diagnostiques et thérapeutiques, procédés de réhabilitation, constats de séquelles, etc. Pour la plupart des atteintes somatiques, les spécialistes ont conclu qu'il y a une partie avec « *materia* », une autre partie « *sine materia* ». C'est ainsi que petit à petit, avec les douleurs restantes et permanentes, la notion d'un trouble douloureux somatoforme s'est dégagée. Il a été par ailleurs confirmé dans l'expertise précédente.

Lors de notre expertise cette partie était également très présente, Mme K._____ avait des plaintes (assez précises et circonscrite) concernant des douleurs de dysfonctionnement du bassin, de genou droit, de son dos, de son pied gauche, épaule gauche, pouce droit, pouce gauche, poignet, cervicales et autres. Une partie de ces descriptions douloureuses et des dysfonctionnement était assez précise, une autre avec tendance généralisée et dans un langage

dramatisé. Dans l'observation une certaine atteinte avec difficulté de marche, instabilité corporelle, signaux d'inconfort, etc. était évidente et permanente. Cela correspondait par ailleurs à ce que le médecin traitant observe aussi régulièrement dans ses consultations. Nous n'avons pas retenu d'éléments de démonstration ou d'accentuation sur ce plan. Il s'agit donc d'une femme qui souffre réellement de séquelles de ses différentes atteintes, qui sont toujours en décalage avec ce qui est objectivé sur le plan somatique.

On observe à travers le dossier, en dehors des éléments psychiques proprement dits, beaucoup de difficultés relationnelles, en particulier aussi avec les soignants. Mme K. _____, avec ses tendances projectives, défenses caractérielles, affirmations provocatrices, peut agacer et elle l'a fait visiblement régulièrement à plusieurs endroits. Ceci est par exemple bien décrit dans la première expertise psychiatrique où on a parlé d'agressivité, d'exagération, de projection, d'un personnage disqualifiant, inapte à prendre sur soi un quelconque symptôme. Néanmoins, cet expert (Dresse [...]) a retenu aussi que « la souffrance psychique est claire, elle s'exprime sous forme de critiques vis-à-vis d'autrui ». Comme le deuxième expert (Dr J. _____) a aussi souligné, les particularités relationnelles se trouvent tout le long et dans toutes les interactions. Ceci culmine en quelque sorte dans les constats qui ont été faits lors de la tentative de réinsertion (2015) où les responsables du stage ont parlé de comportement difficile, difficultés relationnelles très importantes, intolérance aux remarques, tendance à vouloir être directive, déni de ses difficultés, tendance à mettre tout à sujet de discorde. Ainsi ce stage a dû être interrompu lorsque Mme K. _____ a résumé à sa manière (une lettre de deux pages) les choses, on est effectivement devant l'image d'un dysfonctionnement relationnel majeur.

Lors des examens nous avons observé une femme dans une démarche physique handicapée comme mentionné, l'expression faciale asymétrique, expressive, collaborante, dans une expression spontanée très particulière. Nous étions frappés par un discours digressif en permanence, mélangeant constamment souvenirs, commentaires, réflexions et accusations, sans aucune ligne et d'un côté insaisissable.

Elle était par moments lente, circonstanciée, ralentie, par moments presque explosive. Les troubles formels de la pensée constatés avaient un impact sur la capacité cognitive, par moments l'assurance était nettement concentrée, attentive. Il n'y avait pas de trouble mnésique. Elle était fatiguée, légèrement fatigable et pénible pour son interlocuteur.

Sur le plan affectif elle était tantôt en détresse, tantôt dans une tristesse perceptible, tantôt euthymique. Elle pouvait se montrer furtivement souriante (plutôt d'allure ironique aussi), mais plus nous l'avons observée, plus nous avons eu l'impression qu'elle lutte (par ailleurs depuis longtemps) contre des éléments dépressifs. C'est dégagé de l'ensemble derrière cette façade pénible et de révolte, un aspect de résignation, de détachement, de détresse globale. Lorsque nous avons appliqué l'échelle de dépression MADRS nous avons, non sans un petit étonnement, constaté que les critères pour un état dépressif de moyenne intensité sont remplis. Il y avait donc bien un état de détresse derrière une façade qui pourrait par moments apparaître proche de la normalité.

Au niveau de sa personnalité les inadéquations relationnelles étaient perceptibles et évidentes. Mme K. _____ a une sorte de façade de fonctionnement, toujours une capacité d'adaptation basique aux relations, mais à tout moment des traits projectifs, agressifs, interprétatifs se pointent. Nous l'avons aussi perçue comme une femme qui est maintenant très marquée par l'ensemble de son parcours, ses blessures, finalement dans un mode de fonctionnement totalement personnel, rigide et incorrigible par des arguments ou des approches bienveillantes.

Dans l'appréciation diagnostique il est clair qu'il faut retenir un trouble de personnalité dans le sens strict du terme. Les perturbations de structuration sont intervenues très tôt, dans la jeunesse, dans l'adolescence et dans l'âge de jeune adulte. Elles ont conditionné un certain nombre de dysfonctionnements qui n'ont cessé de prendre de l'ampleur au fil des années. Nous rejoignons donc pour cette partie entièrement les conclusions de l'expertise précédente.

La présence d'un syndrome douloureux somatoforme déjà discutée est tout aussi évidente.

Nous avons constaté un état émotionnel plus perturbé que celui retenu précédemment (dysthymie). Ceci est entre autre aussi dû à la tendance de l'expertisée de ne pas se montrer souffrante, de lutter contre les entités dépressives, même en refusant une médication antidépressive. Ce refus est lié à différentes expériences dans sa vie et des jugements personnels, également très ancrés dans son mode de fonctionnement.

Ce qui se rajoute aux trois diagnostics mentionnés est le fait que son comportement global est devenu toujours plus rigide et non-adapté. Suite au cumul des expériences somatiques elle a de plus en plus développé des inadaptations, la rigidité, des tendances persécutrices et lesdits dysfonctionnements interrelationnels décrits. Autrement dit, nous nous trouvons dans un registre de modification de personnalité. La classification actuelle réserve par ailleurs explicitement un diagnostic (autre modification durable de la personnalité) où on évoque un trouble lié à un syndrome algique chronique (F62.8). A notre avis, cette catégorie de diagnostic est tout à fait applicable pour Mme K. _____, il se rajoute au trouble de personnalité préexistant et il explique la progression négative.

Le médecin traitant a eu vaguement cette notion, bien qu'il ait évoqué à la fois un état psychique stable et superposable à ce qui a été mis en évidence lors de l'expertise de 2014, à la fois attestant depuis 2016 d'une incapacité de travail totale.

A notre avis cette quatrième entité diagnostique explique ladite progression et il existe une nette concordance entre le statut psychiatrique pathologique, la réalité clinique, les observations du médecin.

Il est vrai que cette personne peut agacer, il est vrai qu'elle peut provoquer des contre-transferts, il est vrai aussi qu'elle a depuis toujours réclamé une rente. On a dès lors automatiquement tendance à être prudent et à vouloir freiner ces élans de l'aider. Cependant, ceci ne doit pas empêcher d'être juste et de retenir les données objectives.

Avec l'ensemble de nos recherches effectuées, informations récoltées et analyses faites, nous retenons sur le plan diagnostique

1. **Trouble mixte de la personnalité** (F61.0),
2. **Autre modification durable de la personnalité** (F62.8),
3. **Episode dépressif de moyenne intensité** (F32.1),
4. **Syndrome douloureux somatoforme persistant** (F45.4).

L'ensemble des diagnostics et la progression décrite conduisent aujourd'hui à une incapacité de travail totale dans l'économie libre. Elle présente un dysfonctionnement surtout relationnel tel que toute tentative de l'insérer dans un contexte professionnel est vouée à l'échec.

En ce qui concerne le passé, il n'y a rien à ajouter aux constats de l'expertise précédente. L'incapacité de travail de 50% a été retenue depuis 2012. Pour ce qui concerne la période entre 2014 et 2018, il est difficile d'être précis. Ceci est lié à la progression lente de la pathologie de modification de personnalité (qui était par ailleurs déjà en vigueur auparavant). Nous avons tendance à retenir la fin de l'expérience réinsertion professionnelle (juin 2015) comme moment où visiblement la situation a définitivement basculé. C'est depuis ce moment-là que l'incapacité de travail est entière.

g) Dans ses déterminations du 11 octobre 2018, l'office AI s'est déclaré disposé à suivre les conclusions du Dr T._____.

h) Dans ses déterminations du 14 novembre 2018, K._____ a sollicité que l'expert réponde à des questions complémentaires.

i) Par courrier du 16 novembre 2018, le Juge instructeur a rejeté la requête de l'assurée, estimant que la cause était suffisamment instruite. Un délai supplémentaire lui a néanmoins été imparti pour faire part de ses déterminations sur l'expertise du Dr T._____.

j) Dans ses déterminations du 14 décembre 2018, K._____ a réitéré sa requête tendant à pouvoir poser des questions complémentaires à l'expert. Elle a expliqué que les réponses apportées pourraient jouer un rôle important pour déterminer son droit à des prestations de la prévoyance professionnelle. Elle a également produit un rapport médical du Dr S._____ du 12 décembre 2018.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1)

s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). 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'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a de la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD ; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. **a)** Quand bien même deux recours ont été formés contre les décisions des 9 décembre 2016 et 27 février 2017, il convient d'admettre que ces prononcés ne constituent en fait qu'une seule et même décision. En effet, le droit à la rente est un rapport juridique qui ne saurait être scindé en plusieurs parties indépendantes faisant l'objet de plusieurs décisions partielles (cf. TF 9C_311/2008 du 28 novembre 2008 consid. 1.2 et les références).

b) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

3. **a)** Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle 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, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail 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.

b) D'après l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

c) Aux termes de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (al. 1) ; la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

4. a) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2), il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; 130 V 71 consid. 3.2).

b) En vertu de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et

donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b ; 112 V 387 consid. 1b).

5. 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).

b) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences

médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

6. a) En l'occurrence, il convient de constater que la recourante a exercé en dernier lieu une activité lucrative pour le compte de l'entreprise [...], sise à [...], du 1^{er} février au 31 août 2011. Mise en incapacité de travail à compter du 1^{er} septembre 2011 par son médecin traitant, le Dr L._____, elle n'a plus exercé d'activité lucrative depuis lors.

b) Ainsi que cela ressort de l'imposante documentation médicale produite au cours de la procédure, la recourante a présenté ou présente encore à la fois des troubles de nature somatique et des troubles de nature psychiatrique.

aa) Sur le plan somatique, il convient de se référer aux rapports médicaux établis par les Drs F.____ (rapport du 19 novembre 2012) et X.____ (rapport du 29 octobre 2013), ainsi qu'au volet rhumatologique de l'expertise réalisée au Q.____ (rapport du 11 juin 2014). En ce qui concerne les atteintes que la recourante a présentées à son pouce droit, il y a lieu de retenir qu'elles ont été à l'origine de plusieurs interventions chirurgicales qui ont entraîné une incapacité totale de travailler du 1^{er} septembre 2011 au 31 décembre 2012 (retrait du matériel d'ostéosynthèse). En ce qui concerne les autres problèmes mis en évidence, il ressort de l'expertise Q.____ que la recourante présentait des rachialgies communes ainsi que des signes modérés d'arthrose au genou. Au final, l'ensemble de ces atteintes somatiques n'étaient pas susceptibles de l'entraver dans l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (travail léger, avec possibilité d'alterner la position aux deux heures, sans travail dans une gestuelle monotone de préhension ou d'opposition du pouce, sans engins provoquant des vibrations, sans charge, sans travail en zone basse ou sol instable).

bb) Sur le plan psychiatrique, il convient de se référer au volet psychiatrique de l'expertise réalisée au Q._____ (rapport du 11 juin 2014) ainsi qu'à l'expertise du Dr T._____ (rapport du 10 septembre 2018). Il ressort de ces deux analyses que la recourante présente, de longue date, un état psychique altéré, avec des symptômes de la lignée dépressive, une pathologie de la personnalité ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant, atteintes qui se sont aggravées au fil du temps. Selon les explications circonstanciées fournies par les Drs J._____ et T._____, la recourante a présenté en raison de ses troubles psychiques une incapacité de travail de 50 % à compter du 1^{er} décembre 2012 et de 100 % à compter du 1^{er} juin 2015. Dans son rapport du 12 décembre 2018, le Dr S._____ parvient à des conclusions qui ne sont guère différentes de celles des experts précités, sous réserve de la mention d'une diminution de sa capacité de travail de 20 % à compter du 6 octobre 2011. Au vu de ce qui a été retenu sur le plan somatique, il n'y a toutefois pas lieu d'examiner la pertinence de cet avis, celui-ci n'étant pas susceptible de modifier l'appréciation qu'il y a lieu de faire de la capacité de travail dans le cas d'espèce.

c) Au final, il y lieu de retenir que la recourante a présenté une incapacité totale de travailler du 1^{er} septembre 2011 au 31 décembre 2012, une capacité de travail de 50 % du 1^{er} janvier 2013 au 31 mai 2015 et à nouveau une incapacité totale de travailler à compter du 1^{er} juin 2015.

7. Compte tenu des capacités de travail mises en évidence, la recourante doit être mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2012, soit au plus tôt six mois après le dépôt de la demande (art. 29 al. 1 LAI), puis d'une demi-rente à compter du 1^{er} avril 2013, soit trois mois après la survenance de l'amélioration de la capacité de travail (art. 88a al. 1 RAI), et enfin d'une rente entière à compter du 1^{er} septembre 2015, soit trois mois après la survenance de la dégradation de la capacité de travail (art. 88a al. 2 RAI).

8. **a)** Partant, le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2012 au 31 mars 2013, à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} avril 2013 au 31 août 2015 et à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} septembre 2015.

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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; 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 fr. (cf. art. 69 al. 1^{bis} 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 entièrement à la charge de l'office intimé, qui succombe pour l'essentiel (cf. art. 69 al. 1 LAI ; art. 49 al. 1 LPA VD).

c) La recourante qui obtient gain de cause avec l'assistance des services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]). Compte tenu de l'ensemble des circonstances, il convient de les arrêter à 3'000 francs.

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

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. Les décisions rendues les 9 décembre 2016 et 27 février 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont réformées, en ce sens que K. _____ a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2012 au 31 mars 2013, à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} avril 2013 au 31 août 2015 et à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} septembre 2015.

- 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 K. _____ le montant de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Alexandre Guyaz (pour la recourante),
- 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 :