

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 20 juillet 2021

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
Mme Röthenbacher, juge, et M. Gutmann, assesseur  
Greffière : Mme Neurohr

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Séverine Berger, avocate  
à Lausanne,

et

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

---

**Art. 17 LPGA ; art. 4, 8 et 28 LAI ; art. 87 RAI.**

**E n f a i t :**

**A.** G. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...] octobre 1956, était employée en qualité d'assistante administrative bilingue à 90 % auprès de M. \_\_\_\_\_ SA depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2006.

Le 15 juillet 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison de diverses pathologies et d'une incapacité de travail à 100 % depuis le 3 janvier 2009.

Procédant à l'instruction du cas, l'OAI a demandé des rapports médicaux aux médecins traitants et requis les dossiers constitués par l'assureur-accidents et l'assureur perte de gain maladie.

Il ressort du dossier de l'assureur perte de gain maladie que le 3 janvier 2009, l'assurée avait chuté de sa hauteur sur le côté droit en raison du verglas, avec le bras en rétroversion. Dans un rapport du 20 février 2009, le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, avait posé les diagnostics de développement d'une épaule gelée, paresthésies au niveau de la main droite, syndrome du tunnel carpien sensitivomoteur à droite, syndrome de négligence sous immobilisation au membre supérieur droit, syndromes d'algo-neurodystrophie aux deux pieds après une cure d'hallux valgus, status post multiples interventions mandibulaires droites depuis 2008 et probable périarthrite de la hanche sur surcharge compensatrice. Dans un rapport du 8 avril 2009, le Dr H. \_\_\_\_\_ avait précisé les diagnostics figurant dans son précédent rapport et ajouté celui de probable lésion du nerf accessoire (spinal) avec parésie du trapèze à droite.

Dans un questionnaire complété le 25 août 2009, l'employeur, M. \_\_\_\_\_ SA, a notamment indiqué avoir résilié le contrat de travail de l'assurée avec effet au 31 juillet 2009.

Lors d'un entretien du 14 décembre 2009 qui s'est tenu dans les locaux de l'assureur-accidents, l'assurée a expliqué qu'alors qu'elle commençait à voir une amélioration de son état de santé consécutif à l'accident du 3 janvier 2009, elle s'était fait agresser le 27 novembre 2009 par son fils, qui avait tenté de l'étrangler et l'avait frappée violemment à l'épaule droite.

Dans un rapport du 13 juillet 2010, le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu que la capsulite rétractile de l'épaule droite était l'atteinte principale dont souffrait l'assurée. Les autres diagnostics de personnalité histrionique, actinomyose de la mâchoire, status après de multiples interventions, status après strangulation en novembre 2009 avec choc psychologique transitoire et status après cure d'hallux valgus bilatéral suivi d'algo-neurodystrophie bilatérale n'étaient pas incapacitants. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a considéré que l'assurée était incapable de travailler dans son activité habituelle mais disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée ne nécessitant pas d'utilisation du membre supérieur autrement que comme membre d'appui pour des activités légères, ni d'abduction ou élévation de ce membre. Le droit à des mesures professionnelles était ouvert, ce dont l'assurée a été informée par communication du 28 juillet 2010.

L'intéressée ayant toutefois contesté être capable de travailler à 100 %, l'OAI a sollicité l'avis du Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant. Dans un rapport du 25 août 2010, ce médecin a posé les diagnostics de facteurs psychologiques (trouble dépressif) associés à des troubles classés ailleurs (F54) et d'état de stress post-traumatique en décours (F43.1), sans effet sur la capacité de travail.

Du 1<sup>er</sup> décembre 2010 au 14 mars 2011, l'assurée a travaillé comme secrétaire à 80 %, puis comme assistante de direction du 1<sup>er</sup> juin au 30 septembre 2011.

Dans un projet de décision du 8 mars 2012, confirmé par décision du 3 mai 2012, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. Il a constaté que l'assurée souffrait certes d'une capsulite rétractile de l'épaule droite depuis le 3 janvier 2009 qui la limitait dans certaines activités nécessitant une abduction et une élévation du membre supérieur droit, mais que l'activité habituelle était adaptée à ces limitations. L'assurée avait d'ailleurs été en mesure de la reprendre en 2010 et 2011. Elle était donc réadaptée de manière appropriée et ses capacités de gain et de travail étaient totalement préservées.

**B.** Le 7 février 2013, l'ancien employeur de l'assurée, M. \_\_\_\_\_ SA, a déclaré à son assureur-accidents une rechute d'un accident survenu le 22 mars 2008, lors duquel l'intéressée avait reçu le couvercle d'un container métallique sur l'index droit. En raison d'un écrasement de l'index droit et d'une arthrose post-traumatique de l'IPD (articulation interphalangienne distale) de ce doigt, l'assurée a subi une arthrodèse, le 11 février 2014 (rapport du 18 mars 2013 et protocole opératoire du 11 février 2014). Le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main, a attesté une incapacité de travail à 100 % dès le jour de l'intervention, prolongée mensuellement. Dans un rapport du 10 juin 2014, il a constaté que l'assurée présentait, à la suite de l'arthrodèse, une algodystrophie digitale (ci-après également : SDRC, Syndrome Dououreux Régional Complexe ou CRPS, Complex regional pain syndrome) ayant abouti à l'exclusion de son index droit du schéma corporel.

Par décision du 30 octobre 2014, confirmée par décision sur opposition du 7 mai 2015, l'assureur-accidents a mis fin au versement des indemnités journalières allouées à la suite de l'arthrodèse au 16 juin 2014 et à la prise en charge des frais de traitement au 1<sup>er</sup> décembre 2014. Cette décision sur opposition a fait l'objet d'un recours le 4 juin 2015 et a été annulée par l'autorité cantonale de recours qui a renvoyé la cause à l'assureur pour complément d'instruction (arrêt du 8 mars 2016 de la Cour des assurances sociales, AA 59/15 - 30/2016). Dans une nouvelle décision du 19 septembre 2018, confirmée le 6 février 2019 après opposition,

l'assureur-accidents a mis fin aux prestations au 6 mai 2015. Cette procédure a été déférée à la Cour de céans par recours du 8 mars 2019.

**C.** Dans l'intervalle, l'assurée a adressé à l'OAI un formulaire de détection précoce le 23 décembre 2014, en raison de son incapacité de travail à 100 % depuis le 11 février 2014. Ensuite de cette procédure, elle a déposé le 9 février 2015 une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.

Interpelé par l'OAI, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, a, dans un rapport du 17 mars 2015, posé les diagnostics d'arthrodèse IPD de l'index droit et de SDRC post-opératoire depuis le mois de février 2014. Il a également mentionné qu'une reprise chirurgicale serait réalisée au mois d'avril ou de mai 2015. Le cas n'était pas stabilisé au jour du rapport.

Le 6 mai 2015, le Dr X.\_\_\_\_\_ a procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Dans un rapport du 19 mai 2015 à l'OAI, il a indiqué qu'il était trop tôt pour se prononcer sur d'éventuelles restrictions à l'exercice de l'activité habituelle, le cas n'étant pas stabilisé.

Par communication du 28 mai 2015, l'OAI a octroyé à l'assurée une mesure d'orientation professionnelle, qu'il a renoncé à mettre en œuvre en raison de l'état de santé de l'intéressée (cf. rapport final REA du 12 octobre 2015).

Interpelé par l'OAI, le Dr X.\_\_\_\_\_ a indiqué, dans un rapport du 29 octobre 2015, que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était stable. L'intéressée était encore totalement incapable de travailler dans son activité habituelle, mais une capacité de travail existait, sans pouvoir être chiffrée, dans une activité adaptée ne nécessitant pas de mouvements répétitifs ni de port de charges. Le SDRC était encore manifeste. Il était alors trop tôt pour envisager une réinsertion professionnelle.

L'OAI a également interpellé le Dr M. \_\_\_\_\_ au sujet de l'état de santé psychique de l'assurée. Dans un rapport du 13 novembre 2015, ce médecin a posé les diagnostics de facteurs psychologiques (trouble dépressif) associés à d'autres troubles (F54) et de trouble de la personnalité non spécifié (F60.9), sans effet sur la capacité de travail. Le Dr M. \_\_\_\_\_ a précisé que depuis son rapport du 25 août 2010, l'assurée n'avait pas eu besoin de suivi psychiatrique jusqu'au 2 septembre 2015. Elle présentait alors un trouble dépressif d'intensité moyenne, avec des symptômes dépressifs et anxieux liés à la mauvaise évolution de l'affection du membre droit, un état de stress, de désorganisation de la pensée et d'irritabilité. L'ancien état de stress post-traumatique avait bien évolué et n'avait pas été la source d'incapacité de travail. Le pronostic était fonction de l'évolution du tableau somatique.

Dans des questionnaires de l'OAI, complétés les 25 et 27 mai 2016, le Dr X. \_\_\_\_\_ a attesté une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle. Il a précisé que l'assurée était très handicapée avec sa main droite et présentait des limitations fonctionnelles inhérentes aux douleurs et à la raideur de l'index. Le 20 juillet 2016, il a ajouté que l'intéressée ne pouvait pratiquement pas utiliser son membre supérieur droit pour des travaux, au vu de ces limitations. Selon lui, il serait effectivement presque impossible de trouver une activité adaptée pour l'assurée. Il a par la suite attesté sans discontinuer d'une incapacité de travail totale de sa patiente.

Le 8 septembre 2016, l'OAI a mandaté le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique ainsi qu'en chirurgie de la main, en vue d'une expertise orthopédique de la main. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a procédé à deux examens cliniques les 7 novembre 2016 et 29 mars 2018, complétés par un examen radiographique du 29 mars 2018 également. Le Dr I. \_\_\_\_\_, auteur du rapport radiologique, indiquait qu'il n'existait pas de lésion osseuse suspecte et que les interlignes articulaires étaient respectés. Dans son rapport d'expertise du 22 mai 2018, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée se plaignait de ne plus pouvoir utiliser sa main droite en raison de son extrême fragilité, qu'à l'examen du 7

novembre 2016, la fonction de l'épaule droite était quasi complète et comparable au côté controlatéral, hormis l'élévation demeurant limitée à 90 degrés, que le coude et le poignet s'avéraient sans particularité, que l'index droit présentait un aspect dystrophique depuis l'articulation IPP (interphalangienne proximale) jusqu'à son extrémité, avec un enroulement incomplet et que la pince pollici-digitale était à peine ébauchée, sans force. Il a également relevé que la palpation du canal des fléchisseurs de l'index, du médus et de l'annulaire était déclarée sensible et que l'examen clinique avait été rapidement arrêté en raison de l'allégation par l'assurée de fortes brûlures lors de la sollicitation. Il a exclu toute origine post-traumatique au diagnostic d'arthrose de l'articulation interphalangienne, observant, sur la base du cliché réalisé en 2008 après l'accident, que l'articulation du doigt lésé présentait une arthrose dégénérative marquée qui avait continué à évoluer, sans que le traumatisme subi lors de l'accident ne l'aggrave. L'expert a par ailleurs discuté du contexte psychiatrique, estimant que les plaintes douloureuses persistantes de l'assurée en relation avec les traumatismes subis en 2009 et 2014 laissaient envisager un syndrome douloureux somatoforme persistant devant faire l'objet d'une expertise psychiatrique. Etant donné l'aggravation de la situation alléguée lors de la seconde consultation, avec un syndrome douloureux partant de l'index, remontant jusqu'à l'épaule pour se poursuivre dans le dos, il semblait à l'expert que la capacité de travail de l'assurée restait nulle tant que son syndrome douloureux demeurait au premier plan et n'était pas soulagé.

Le 13 juin 2018, l'OAI a sollicité des renseignements auprès du Dr M.\_\_\_\_\_, s'agissant de l'évolution de l'état de santé psychique de l'assurée. Dans une réponse du 22 juin 2018, le Dr M.\_\_\_\_\_ a précisé qu'il avait mis fin à son activité et que l'intéressée avait terminé son traitement auprès de lui le 17 novembre 2017 afin d'entreprendre un traitement par hypnose. Il relevait ce qui suit :

« Depuis mon dernier rapport du 13 novembre 2015, il n'y a pas eu de changement notable sur le plan psychiatrique. Le contexte asséculoologique et familial est très bien exposé dans la récente expertise du Dr Q.\_\_\_\_\_. Lors de nos entretiens la patiente a

toujours mis au premier plan ses douleurs au MSD [ndlr : membre supérieur droit] totalement invalidantes à ses yeux, avec une réactivité anxiodépressive secondaire. Elle a aussi été beaucoup mobilisée par la mauvaise évolution psychiatrique de son fils cadet qui l'avait violemment agressée dans le passé.

La souffrance psychologique est accentuée par la répétition de relations conflictuelles (à ses anciennes places de travail, avec sa famille, avec son fils aîné, avec ses voisins et le propriétaire de son appartement qu'elle a dû vendre, avec les assurances...) probablement en raison d'un trouble de la personnalité : elle se sent régulièrement victime d'incompréhension et de préjudice en situation de stress et l'évolution médicale complexe et sujette à discussion de son atteinte à l'index contribue à la fixer dans un statut d'invalidé, sous la forme d'un syndrome somatoforme douloureux.

Au vu de cette évolution défavorable, une reprise d'activité professionnelle même adaptée paraît peu probable actuellement. Il s'agit d'une situation complexe où le contexte psychosocial a joué un rôle prédominant. Le traitement par hypnose peut éventuellement améliorer la symptomatologie douloureuse. Une expertise psychiatrique pourrait réévaluer les ressources psychiques résiduelles en faveur d'une reprise de travail. »

Le 9 juillet 2018, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. L'OAI l'a ordonnée le 3 août 2018 et l'a confiée au Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans son rapport du 14 novembre 2018, le Dr N. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) et d'accentuation de traits de personnalité histrionique (Z73.1), mais ne leur a conféré aucune valeur incapacitante. Il a encore retenu une utilisation du membre supérieur compatible avec l'exercice d'une activité adaptée, au vu de l'usage régulier que faisait l'assurée de son bras droit au quotidien.

Du rapport d'expertise, il ressort en particulier ce qui suit (sic) :

« Constatations psychiatriques :

Après une chronologie parfois approximative, Mme G. \_\_\_\_\_ reconstruit de mieux en mieux son anamnèse et donne des informations détaillées, également avec des dates exactes. Je n'ai pas objectivé de troubles majeurs de la mémoire, de la concentration ou de l'attention, ni de ralentissement ou d'agitation

au plan psychomoteur chez une expertisée qui accompagne ses propos parfois de gesticulations vives et qui interagit d'une manière attentive avec son interlocuteur. Vers la fin d'un examen d'une durée de 300 minutes, elle maîtrise bien quelques tests d'attention et de concentration. Pendant tout l'examen, je n'ai pas objectivé de signe majeur de fatigue ou de manque d'énergie.

L'humeur est euthymique à la base avec des baisses d'humeur et des moments en pleurs, face à l'évocation de ses problèmes de santé qu'elle explique par des erreurs médicales, des licenciements décrits comme abusifs ou le conflit avec son ex mari et le décès de son frère. L'humeur s'allège dès que des thèmes neutres ou positifs sont abordés, comme son intérêt pour certaines émissions de télévision, la littérature ou des activités comme des marches dans la nature. Parlant de sa passion, la peinture artistique ou du contact avec ses amis, elle se présente souriante à plusieurs reprises. Elle décrit des idées noires sous forme d'une fatigue de sa souffrance par moments depuis des années dont elle prend une claire distance. Elle nie clairement d'idée suicidaire dans le passé et le présent. Mme G. \_\_\_\_\_ ne présente pas de signe floride de la lignée dépressive en faveur d'une dépression majeure.

Sur le plan anxieux, Mme G. \_\_\_\_\_ ne présente pas d'angoisses persistantes entraînant une incapacité à se détendre en faveur d'une anxiété généralisée, ni d'attaque de panique en faveur d'un trouble panique, ni de phobie en faveur d'un trouble phobique. Elle ne présente pas d'agoraphobie, de phobie sociale, ni de claustrophobie. Les traits anxieux présents lorsque Mme G. \_\_\_\_\_ est confrontée à son bilan existentiel restent relativement discrets et ne permettent pas de retenir un trouble spécifique de ce registre.

Mme G. \_\_\_\_\_ s'exprime avec un discours fluide, souvent circulaire et digressif, avec une tendance à se perdre avec des anecdotes afin d'expliquer son vécu, tout en restant toujours cohérente. Acceptant les interventions afin de structurer l'examen, elle partage bien le focus d'attention pendant tout l'examen. Je n'ai pas objectivé de symptôme de la lignée psychotique, notamment délire, hallucinations ou troubles formels ou logiques de la pensée en faveur d'une décompensation psychotique.

L'intelligence de Mme G. \_\_\_\_\_ lui permet de bien comprendre les enjeux de l'examen. Les plaintes spontanées et principales de Mme G. \_\_\_\_\_ concernent des douleurs, surtout au niveau la main droite, irradiant dans le bras et l'épaule, en s'accompagnant de sensations d'étau et d'électrochoc. Décrivant ses douleurs de manière dramatique, elle manifeste un comportement d'allure démonstrative, qui change lorsqu'elle aborde d'autres sujets. En l'absence de traitement antalgique, l'importance subjective de ses plaintes physiques contraste avec l'absence de comportement algique majeur, lorsqu'elle interagit attentivement avec son interlocuteur ou se déplace dans la rue après la partie formelle de l'examen. Présentant un tableau clinique insuffisant pour retenir un syndrome douloureux somatoforme persistant, elle exprime des plaintes évoquent une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

Mme G. \_\_\_\_\_ présente une structure de personnalité marquée par une labilité et hyper-expressivité émotionnelle, à l'origine d'une tendance à la dramatisation, ce que ne veut pas dire trouble de la personnalité. Je n'ai pas objectivé de trouble de la personnalité morbide.

[...]

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

Mon examen clinique psychiatrique n'a pas montré de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, ni de trouble panique.

Les plaintes spontanées et principales de Mme G. \_\_\_\_\_ concernent des douleurs au niveau de l'index et de la main droite, irradiant dans le bras jusqu'à l'épaule. Souffrant de ces douleurs en permanence, elle décrit des décharges électriques et des sensations d'étau surtout de l'index et de la main droite, s'accompagnant de brûlures et de gonflements. En parallèle, elle se plaint de douleurs au niveau du pied gauche depuis une contusion en juin 2018. Décrivant une amélioration de ses douleurs au pied gauche, elle les explique par des bursites en exprimant sa souffrance surtout en lien avec ses symptômes au niveau du membre supérieur droit. Par contre, Mme G. \_\_\_\_\_ se plaint de douleurs avec des répercussions dramatiques au niveau du membre supérieur droit, nécessitant une adaptation de l'organisation de sa vie quotidienne et entraînant une incapacité de travail complète depuis une arthrodeuse le 11.02.2014.

Cependant, l'importance de ces plaintes de Mme G. \_\_\_\_\_ contraste avec l'absence de comportement algique majeur, pendant 5 heures d'entretien ainsi que lorsqu'elle peut être observée après la partie formelle de l'examen psychiatrique. En effet, elle gère ses douleurs sans traitement antalgique dépassant la prise irrégulière de Ponstan®, qu'elle utilise pour la dernière fois deux jours avant l'examen actuel, tout en ayant arrêté sa physiothérapie et ergothérapie régulière en novembre 2017. Malgré cette mise à contribution d'options thérapeutiques contrastant avec un syndrome algique majeur, elle continue à faire face aux exigences de la vie quotidienne et assure par exemple toutes ses tâches ménagères. Prenant visiblement soins d'elle, elle se présente maquillée à l'examen et assume ses soins corporelles en utilisant sa main droite par exemple pour se laver les cheveux. Laissant planer des doutes sur une limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie, ces éléments s'accompagnent d'un tableau clinique qui reste insuffisant pour retenir un syndrome douloureux somatoforme persistant.

Selon son anamnèse, Mme G. \_\_\_\_\_ souffre de symptômes physiques compatibles initialement avec des troubles somatiques, comme une épaule gelée après une chute, et des paresthésies au niveau de la main droite dans le cadre d'un syndrome du tunnel carpien retenu par le Dr H. \_\_\_\_\_ le 20.02.2009. Le 11.03.2009, le Dr C. \_\_\_\_\_ estime ainsi que le diagnostic d'une épaule gelée post-traumatique peut expliquer les limitations fonctionnelles de Mme

G.\_\_\_\_\_ au niveau du membre supérieur droit. Lors du même examen, il constate également un état extrêmement algique qui ne peut pourtant pas être expliqué par cette pathologie d'une expertisée qui montre des signes d'incohérences. Réagissant violemment à la moindre sollicitation et un simple effleurement cutané avec un mouvement de retrait, ce comportement de Mme G.\_\_\_\_\_ lors de l'examen contraste avec son attitude quand elle se déshabille et se rhabille ou lorsqu'elle déambule dans le cabinet, selon le Dr C.\_\_\_\_\_.

Selon l'exploration des plaintes de Mme G.\_\_\_\_\_ et la lettre du 30.03.2009 du Dr R.\_\_\_\_\_, cette évolution vers des symptômes physiques amplifiés est entretenue par l'état psychique de Mme G.\_\_\_\_\_ face à une accumulation de facteurs de stress psychosocial. En effet, elle rencontre des problèmes avec ses deux fils et son ex mari tout en subissant la menace de perdre son travail dans une étude d'avocats, peu avant son accident le 03.01.2009. Depuis, plusieurs spécialistes du domaine somatique constatent des plaintes douloureuses dépassant les résultats des examens somatiques. Malgré des interventions chirurgicales, comme une arthrodèse en février 2014 ou une opération pour enlever le matériel d'arthrodèse en 2015, ces plaintes évoluent vers une aggravation, comme constaté par le Dr Q.\_\_\_\_\_ lors de ses examens en 2016 et 2018. Cette évolution défavorable s'inscrit dans une dégradation de la situation sociale de Mme G.\_\_\_\_\_ qui accumule des dettes auprès de l'aide sociale avant de devoir vendre son appartement en juillet 2016 pour vivre de ses économies depuis. Subissant des conflits avec sa famille, ses voisins, la propriétaire de son appartement et les assurances, selon les rapports de son psychiatre, le Dr M.\_\_\_\_\_, elle adopte une attitude histrionique comprenant des plaintes sans substrat somatique et marquée d'une recherche de l'attention d'autrui. Ainsi, le Dr D.\_\_\_\_\_ observe par exemple une demande permanente d'être le centre d'attention de l'autre, lors l'expertise pluridisciplinaire du 23.03.2010. Or, son psychiatre, le Dr M.\_\_\_\_\_ constate une évolution favorable des symptômes de stress post-traumatique survenus en réaction à une agression par son fils cadet le 27.11.2009, selon son rapport du 13.11.2015.

Comme Mme G.\_\_\_\_\_ met en avant principalement des plaintes physiques, le Dr M.\_\_\_\_\_ ne retient le diagnostic de facteurs psychologiques associés à d'autres troubles, caractérisé par des symptômes affectifs légers. Ainsi, il ne constate pas de pathologie psychiatrique justifiant une incapacité de travail et estime que le pronostic psychique dépend de l'évolution du tableau somatique. En effet, Mme G.\_\_\_\_\_ exprime sa souffrance psychique surtout en lien avec son insatisfaction relative aux résultats du traitement et des investigations somatiques. Déçue de la qualité des soins, entre autre dans le cadre d'erreurs médicales, elle présente une anamnèse et un tableau clinique correspondant de manière typique à une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, selon la CIM-10.

Mme G.\_\_\_\_\_ décrit également une humeur fluctuante avec des abaissements ponctuels se limitant à environ 20 minutes en réaction à l'aggravation de ses douleurs, sans période de tristesse pendant une semaine ou plus. Faisant preuve de sa réactivité émotionnelle à des évènements agréables, elle décrit de manière authentique son

intérêt pour la littérature, certaines émissions de télévision ou la peinture artistique. A l'examen, elle se présente souriante à plusieurs reprises et entre en contact de manière joviale, voire familiale, tout en restant adéquate. Malgré une suite de problèmes physiques et sociaux, elle poursuit des activités positives, comme des rencontres avec des amis et des sorties pour marcher dans la nature ou se rendre en ville de [...]. Participant activement à 5 heures d'examen psychiatrique, elle ne montre pas de signe de fatigue après des efforts minimes, ni de diminution majeure de l'attention ou de la concentration, par exemple lorsqu'elle maîtrise des tests cognitifs à la fin de l'examen. Ces observations correspondent à sa capacité à passer du temps avec la lecture ou de gérer ses finances, en faisant les paiements par internet, sans accumulation de dette ou des poursuites, malgré un budget restreint. En effet, Mme G. \_\_\_\_\_ décrit des journées organisées en fonction de tâches ménagères et ses activités, comme des marches dans la nature, interrompues par des exercices d'ergothérapie pour entraîner sa main, pendant plusieurs périodes de 30 minutes par jour, sans besoin particulier de repos, comme une sieste. Donnant une description positive de sa personnalité, elle nie d'idée de culpabilité ou de dévalorisation ainsi que des signes de diminution de l'estime de soi ou de la confiance en soi, comme une timidité ou des difficultés dans des situations sociales. Gardant l'espoir d'une amélioration de sa situation, elle surmonte ses plaintes concernant des douleurs pour mener une vie organisée en fonction de ses préférences, sans attitude généralement morose ou pessimiste face à l'avenir. Dans ce contexte, elle prend une claire distance d'idées noires se manifestant parfois sous forme d'une fatigue de se battre, sans idée ou acte auto-agressif. En l'absence d'une perturbation du sommeil dépassant des réveils de 15 minutes en lien avec ses douleurs, elle ne montre pas de signe objectivable d'une diminution de l'appétit en décrivant un poids stable à la limite d'un surpoids depuis 4 ans. Sans traitement antidépresseur dépassant un essai d'Escitalopram pendant quelques semaines en 2016 ou 2017, ainsi qu'une dose de Trittico® au-dessous du seuil thérapeutique, décrite par le Dr M. \_\_\_\_\_ le 13.11.2015, la mise à contribution d'options thérapeutiques de Mme G. \_\_\_\_\_ contraste avec une souffrance psychique majeure. Par conséquent, les éléments objectivables de l'anamnèse et de l'examen de Mme G. \_\_\_\_\_ restent insuffisants pour retenir un épisode dépressif majeur.

Cependant, les symptômes affectifs légers caractérisant le diagnostic de facteurs psychologiques associés à d'autres troubles retenu par le Dr M. \_\_\_\_\_ en 2015, constituent un phénomène d'accompagnement de la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques de Mme G. \_\_\_\_\_. Celle-ci entraîne typiquement des moments de tristesse et de déception, par exemple en réaction à l'échec de trouver une explication pour les symptômes physiques amplifiés, malgré des consultations avec divers spécialistes.

Cette majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques persiste dans le cadre d'une structure de personnalité marquée d'une labilité et hyper-expressivité émotionnelle. Caractérisé par des moyens de défense immatures, comme le clivage, le déni, l'idéalisation et la projection, ce fonctionnement se traduit par une tendance à la dramatisation,

comme en témoignent les plaintes et la présentation de l'expertisée aux examens. Mettant en avant des symptômes physiques sévères, elle frappe par des capacités dans sa vie quotidienne et à l'examen incompatibles avec une limitation uniforme dans tous les domaines comparables de la vie. Ouverte et détendue, voire joviale et familiale, dans le contact, elle décrit des conflits récurrents et une suite de déceptions relationnelles, comme avec son deuxième mari infidèle ou la rupture de contact avec ses fils adultes, qu'elle explique par un comportement manipulateur de son ex mari. Anamnesticquement, cette structure de personnalité se manifeste au cours d'une enfance et adolescence marquées de carences affectives et d'une instabilité relationnelle, comme des placements dans un foyer avec deux de ses sœurs où elle subit des punitions par des religieuses, tout en se sentant abandonnée par ses parents. Selon ses dires à l'examen actuel, Mme G. \_\_\_\_\_ subit encore des attouchements sexuels de la part de son père pendant son adolescence et une agression par sa mère qui essaie de l'étouffer à l'âge de 4 ans. Or, elle dit garder le souvenir positif d'un père gentil et à l'exploration du Dr D. \_\_\_\_\_ en 2010, Mme G. \_\_\_\_\_ décrit le souvenir de sa mère qui essaie de l'étouffer lorsqu'elle est bébé, sans pourtant évoquer d'attouchement sexuel par son père. Ces incohérences des propos de Mme G. \_\_\_\_\_ laissent penser à une tendance d'adapter ses propos en fonction de son interlocuteur.

Malgré le vécu décrit pendant son enfance et adolescence, Mme G. \_\_\_\_\_ fait preuve de ses ressources d'adaptation lui permettant par exemple de affronter les difficultés économiques de sa famille et ses expériences de carence affective afin de suivre avec succès sa scolarité aux [...]. Sans difficulté majeure, elle s'adapte à la vie en [...] où elle fréquente d'abord une école de commerce, avant de suivre des études en [...], qu'elle réussit avec un brevet d'études professionnelles. Après 2 ½ ans d'études universitaires à [...], elle s'adapte à différents contextes professionnels pour travailler de manière stable chez divers employeurs, d'abord à [...], puis en Suisse, sans signe de décompensation psychique, ni de trouble majeur de comportement. Dans ce cadre, elle surmonte la déception de son deuxième mari infidèle, la séparation et le divorce de ce dernier ainsi que ses problèmes sociaux dus à une incapacité de travail prolongée suivant une opération aux pieds en 2003 et nécessitant une demande d'aide sociale. En effet, elle travaille à nouveau de manière stable en qualité de secrétaire dans une société de gestion de fortunes pendant environ trois ans, jusqu'en 2009. Après deux relations conjugales décrites comme positives pendant des années, elle assume son rôle de mère, notamment pour soutenir son fils cadet souffrant d'un grave trouble de comportement depuis sa jeune enfance qu'elle soutient jusqu'à une agression 27.11.2009. Sans décompensation psychique, nécessitant un traitement psychiatrique intense, voire une hospitalisation, elle affronte ces facteurs de stress psychosocial. Ainsi, elle continue à mener une vie autonome, sans perturbation sévère de la constitution caractérologique persistant depuis l'adolescence, demandée pour le diagnostic d'un trouble de la personnalité.

Cependant, les particularités de fonctionnement de Mme G. \_\_\_\_\_ correspondent à l'accentuation de traits de personnalité histrionique, constatée également par le Dr D. \_\_\_\_\_ en 2010. N'ayant pas valeur de maladie, cette accentuation de certains traits de

personnalité favorise pourtant l'adoption d'un rôle d'invalidé face à une accumulation de facteurs de stress psychosocial. Ces facteurs sont caractérisés par des problèmes sortant du champ médical, comme des difficultés sur le marché du travail à cause de l'âge et des lacunes du parcours professionnel de Mme G.\_\_\_\_\_, lorsqu'elle privilégie son rôle de mère, ou des problèmes financiers et un litige avec son assurance accident. Maintenu par des bénéfices secondaires, comme le soulagement des contraintes d'une activité professionnelle lui permettant de mener une vie en fonction de ses préférences et la perspective de prestations d'assurances, ce rôle d'invalidé contribue aux plaintes dramatiques de Mme G.\_\_\_\_\_. Or, ces plaintes contrastent avec l'absence d'un traitement antalgique ainsi que les observations à l'examen actuel. Sans mise à contribution d'options thérapeutiques caractérisant un syndrome algique important, elle ne montre pas de comportement algique majeur pendant plusieurs heures d'observation. Prenant visiblement soins d'elle, par exemple pour se maquiller, elle assure seule ses tâches ménagères pour garder son appartement bien propre, selon ses propres dires, et gère ses finances. Ainsi, elle décrit par exemple des difficultés au niveau du membre supérieur droit contrastant avec l'utilisation de sa main pour se laver les cheveux en faisant preuve de capacités incompatibles avec une limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie.

Ces éléments témoignent de ressources personnelles préservées de Mme G.\_\_\_\_\_ lui permettant de surmonter ses plaintes physiques afin de mener une vie autonome. Par conséquent, ses plaintes amplifiées dues à une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques ne justifient pas d'incapacité de travail durable au plan psychique. En effet, l'effort à surmonter ces plaintes physiques amplifiées dépassant le substrat organique afin de reprendre une activité professionnelle à plein temps, par exemple en tant que secrétaire, reste raisonnablement exigible au plan psychique.

Cependant, Mme G.\_\_\_\_\_ semble actuellement peu encline à mettre en valeur cette capacité de travail à cause de l'adoption d'un rôle d'invalidé en lien avec une accentuation de traits de personnalité histrionique n'ayant pas valeur de maladie. Dans ce cadre, elle pourrait bénéficier d'une psychothérapie, par exemple d'orientation cognitivo-comportementale, qui l'encourage à mettre en valeur ses ressources personnelles au lieu de rester fixée sur un rôle d'invalidé. L'utilisation transitoire d'un antidépresseur, par exemple de type ISRS ou à double action, comme la Duloxétine, la Venlafaxine ou la Mirtazapine, pourrait limiter les périodes de baisse de humeur en réaction à des déceptions et stabiliser l'humeur afin de soutenir Mme G.\_\_\_\_\_ lors d'une reprise stable d'une activité professionnelle.

### 7.3 Evaluation de la cohérence et de la plausibilité

L'importance des plaintes physiques de Mme G.\_\_\_\_\_ contraste avec l'absence de comportement algique majeur, pendant 5 heures d'entretien ainsi que lorsqu'elle peut être observée après la partie formelle de l'examen psychiatrique. En effet, elle gère ses douleurs sans traitement antalgique dépassant la prise irrégulière de Ponstan®, qu'elle utilise pour la dernière fois deux jours avant

l'examen actuel, tout en ayant arrêté de sa physiothérapie et de son ergothérapie régulière en novembre 2017. Malgré cette mise à contribution d'options thérapeutiques contrastant avec un syndrome algique majeur, elle continue à faire face aux exigences de la vie quotidienne et assure par exemple toutes ses tâches ménagères. Prenant visiblement soins d'elle, elle se présente maquillée à l'examen et assume ses soins corporelles en utilisant sa main droite par exemple pour se laver les cheveux. Mettant en avant des symptômes physiques sévères, elle frappe par des capacités dans sa vie quotidienne et à l'examen contrastant avec une limitation uniforme dans tous les domaines comparables de la vie.

Anamnesticquement, l'enfance et adolescence de Mme G. \_\_\_\_\_ sont marquées de carences affectives et d'une instabilité relationnelle, comme des placements dans un foyer avec deux de ses sœurs où elle subit des punitions par des religieuses, tout en se sentant abandonnée par ses parents. Selon ses dires à l'examen actuel, elle subit encore des attouchements sexuels de la part de son père pendant son adolescence ainsi qu'une agression par sa mère qui essaie de l'étouffer à l'âge de 4 ans. Or, elle dit garder le souvenir positif d'un père gentil et à l'exploration du Dr D. \_\_\_\_\_ en 2010, elle décrit le souvenir de sa mère qui essaie de l'étouffer lorsqu'elle est bébé, sans pourtant évoquer d'attouchement sexuel par son père. Ces incohérences des propos de Mme G. \_\_\_\_\_ évoquent une tendance d'adapter ses propos en fonction de son interlocuteur.

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

Malgré le vécu décrit pendant son enfance et adolescence, Mme G. \_\_\_\_\_ fait preuve de ses ressources d'adaptation lui permettant par exemple de affronter les difficultés économiques de sa famille et ses expériences de carence affective afin de suivre avec succès sa scolarité aux [...]. Sans difficulté majeure, elle s'adapte à la vie en [...] où elle s'intègre d'abord dans une école de commerce, avant de suivre des études en [...], qu'elle réussit avec un brevet d'études professionnelles. Après 2 ½ ans d'études universitaires à [...], elle s'adapte à différents contextes professionnels pour travailler de manière stable chez divers employeurs, d'abord à [...], puis en Suisse, sans signe de décompensation psychique, ni de trouble majeur de comportement. Dans ce cadre, elle surmonte la déception de son deuxième mari infidèle, la séparation et le divorce de ce dernier ainsi que ses problèmes sociaux dus à une incapacité de travail prolongée suivant une opération aux pieds en 2003 et nécessitant une demande d'aide sociale. En effet, elle travaille à nouveau de manière stable en qualité de secrétaire dans une société de gestion de fortunes pendant environ trois ans, jusqu'en 2009. Après deux relations conjugales décrites comme positives pendant des années, elle assume son rôle de mère, notamment pour soutenir son fils cadet souffrant d'un grave trouble de comportement depuis sa jeune enfance qu'elle soutient jusqu'à une agression 27.11.2009. En l'absence de décompensation psychique, nécessitant un traitement psychiatrique intense, voire une hospitalisation, elle affronte ces facteurs de stress psychosocial.

Ainsi, elle continue à mener une vie autonome, sans mise à contribution d'options thérapeutiques caractérisant un syndrome algique important, elle ne montre pas de comportement algique majeur pendant plusieurs heures d'observation. Prenant visiblement soin d'elle, par exemple pour se maquiller, elle assure seule toutes ses tâches ménagères pour garder son appartement bien propre, selon ses propres dires, et gère ses finances. Or, elle décrit des difficultés au niveau du membre supérieur droit contrastant pourtant avec sa capacité d'utiliser sa main pour se laver les cheveux. En effet, elle fait preuve de capacités qui laissent planer des doutes sur une limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie. Ces éléments témoignent de ressources personnelles préservées de Mme G. \_\_\_\_\_ lui permettant de surmonter ses plaintes physiques afin de mener une vie autonome. »

Le 4 décembre 2018, le SMR a communiqué un extrait du rapport psychiatrique au Dr Q. \_\_\_\_\_ et l'a invité à préciser quelles limitations fonctionnelles déterminaient les activités exigibles de l'assurée et leur taux, sur la base de ses seules constatations objectives et indépendamment de questions relatives au diagnostic et/ou de considérations d'ordre psychologique ou psychique.

Par courrier du 20 décembre 2018, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a répondu à l'OAI que l'assurée, qu'il n'avait pas réexaminée, ne présentait aucune limitation fonctionnelle et que sa capacité de travail dans les activités professionnelles exigibles était de 100 %.

Dans un avis du 23 janvier 2019, le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale au sein du SMR, a estimé que si l'on pouvait aisément admettre que l'assurée n'avait pas de capacité de travail exigible après l'intervention du 11 février 2014, il n'existait actuellement pas de données objectives qui justifieraient la reconnaissance d'une quelconque incapacité de travail dans une activité adaptée aux compétences de l'assurée. Puisque le chirurgien traitant attestait invariablement une incapacité de travail de 100 % depuis le mois de février 2014, il n'était pas possible de préciser à partir de quand existait la capacité de travail exigible de 100 % retenue par le Dr Q. \_\_\_\_\_. Ceci était certainement le cas au plus tard à partir de la date du premier rendez-vous avec l'expert le 7 novembre 2016, soit plus de 30 mois après l'arthrodèse. Il s'agissait d'un délai largement suffisant pour parvenir à la

guérison du SDRC qui avait compliqué l'intervention et qui avait désormais guéri sans séquelles objectives.

Dans un projet de décision du 12 février 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'elle avait droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> août 2015 au 28 février 2017. Le début du droit à la rente au 1<sup>er</sup> août 2015 correspondait au délai légal d'attente de six mois depuis le dépôt de la demande AI. L'assurée disposant à nouveau d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle dès le 7 novembre 2016, au vu des informations médicales au dossier, la rente était donc limitée dans le temps et serait supprimée à l'issue d'un délai de trois mois dès l'amélioration de la capacité de travail.

Le 20 mars 2019, l'assurée, représentée par son conseil, a fait part de ses objections à l'encontre du projet de décision du 12 février 2019. Elle a contesté être capable de travailler, mettant en cause la valeur probante du rapport d'expertise du 14 novembre 2018 du Dr N.\_\_\_\_\_ et l'appréciation du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 20 décembre 2018. L'intéressée s'est également prévalu de la jurisprudence applicable à la question de la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite.

A nouveau sollicité, le Dr T.\_\_\_\_\_ a notamment relevé dans son avis SMR du 21 mai 2019 que l'atteinte objective de l'index droit et de l'ensemble du membre supérieur droit de l'assurée se devait d'être considérée comme modeste, que le vécu subjectif semblait en revanche majeur avec des empêchements importants et que l'utilisation normale de son membre supérieur droit telle que décrite par l'expert psychiatre échappait au champ de compétence de ce dernier. Il a encore critiqué l'absence d'examen clinique par l'expert Q.\_\_\_\_\_ dans les suites du complément requis et a observé en substance que les Drs X.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ considéraient tantôt de manière identique que la capacité de travail était nulle en toute activité, tantôt s'opposaient totalement sur ce point, le changement d'avis de l'expert se fondant sur des observations faites par un médecin non spécialisé (Dr N.\_\_\_\_\_) dans le domaine.

Dans un avis juridique du 16 juillet 2019, adressé le jour même par courrier au conseil de l'assurée, l'OAI a considéré que le rapport d'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_ satisfaisait pleinement aux exigences jurisprudentielles pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Sur la base des constats recueillis par l'expert psychiatre, les critères développés par la jurisprudence pour les troubles somatoformes douloureux et assimilés n'étaient pas réunis pour retenir une atteinte psychiatrique incapacitante. La durée de l'examen réalisé par l'expert psychiatre n'avait en outre pas entravé la correcte appréciation de la situation de l'assurée, celle-ci n'ayant pas présenté de troubles de la mémoire, de la concentration ou de l'attention en cours d'entretien. La capacité de travail de l'assurée devait être considérée comme pleine sur le plan psychiatrique. Sur le plan somatique, le Dr Q.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 22 mai 2018, avait écarté tout substrat anatomopathologique aux plaintes intéressant tout le membre supérieur droit de l'assurée. Il avait dans un premier temps fait mention d'une capacité de travail nulle en supposant la présence d'un trouble somatoforme douloureux incapacitant, diagnostic écarté ultérieurement par le Dr N.\_\_\_\_\_. Compte tenu de cette appréciation, le Dr Q.\_\_\_\_\_ avait précisé ses conclusions qui étaient probantes. Le délai de réalisation du mandat de l'expert n'était au demeurant pas propre à remettre en question la valeur probante de l'expertise. S'agissant de l'âge de l'assurée, il n'avait pas d'influence sur son aptitude à la réadaptation. L'activité habituelle étant toujours exigible, l'intéressée ne se trouvait pas confrontée pour la première fois à l'exigence d'un changement d'activité.

Par décision du 18 octobre 2019, l'OAI, par l'intermédiaire de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, a accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> août 2015 au 28 février 2017, confirmant son projet du 12 février 2019.

**D.** Par acte du 25 novembre 2019, G.\_\_\_\_\_, toujours représentée par son conseil, a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 18 octobre

2019, concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente entière lui soit octroyée dès le 11 février 2014 (sic), subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle instruction et décision dans le sens des considérants. La recourante a contesté la valeur probante des expertises du Dr N.\_\_\_\_\_ et du Dr Q.\_\_\_\_\_ ainsi que de l'appréciation de ce dernier du 20 décembre 2018. Elle a relevé que le Dr Q.\_\_\_\_\_ avait changé d'avis s'agissant de la capacité de travail après avoir reçu un courrier du SMR et des extraits de l'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_, ceci sans que cet échange ait été porté à sa connaissance, ce qui constituait une violation de son droit d'être entendu. Quant au rapport d'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_, il avait été rendu après un examen clinique de 5 heures, alors que la recourante était déjà à bout de force après 2 heures d'examen. Il entrait en outre en contradiction avec le rapport du Dr M.\_\_\_\_\_. Les deux rapports d'expertise étaient au demeurant contraires aux certificats d'incapacité délivrés par le Dr X.\_\_\_\_\_, qui n'avait plus été interpellé par l'intimé depuis 2016. La recourante a encore allégué souffrir d'un CRPS du pied droit, ce qu'avait retenu la Dre K.\_\_\_\_\_, médecin assistante auprès du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier W.\_\_\_\_\_, qui lui avait prescrit une semelle orthopédique et des séances d'ergothérapie. L'intéressée a également fait grief à l'intimé d'avoir retenu de manière empirique qu'elle aurait recouvré sa capacité de travail au 7 novembre 2016, considérant que cela revenait à donner un effet rétroactif aux constatations des experts. Elle a enfin allégué qu'au vu de son âge, 63 ans en octobre 2019, on ne saurait lui imputer une quelconque capacité de travail.

La recourante a produit un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du 26 juillet 2019 de son avant-pied droit, signé des Drs J.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_, concluant à une synovite de l'articulation MTP (articulation métatarso-phalangienne) du 2<sup>ème</sup> rayon avec prise de contraste ainsi qu'à une infiltration des parties molles adjacentes et extension à l'articulation MTP du 3<sup>ème</sup> rayon dont l'origine était indéterminée, un CRPS pouvant se manifester ainsi. Elle a encore produit une ordonnance d'ergothérapie de la Dre K.\_\_\_\_\_ du 15 novembre 2019, pour un traitement d'un CRPS du pied droit.

Dans l'intervalle, la Cour de céans a admis le recours de l'assurée dans la cause l'opposant à l'assureur-accidents de son ancien employeur, annulant la décision sur opposition du 6 février 2019 de l'assureur et lui renvoyant la cause pour complément d'instruction (arrêt du 7 janvier 2020 de la Cour des assurances sociales, AA 32/19 - 6/2020).

Par réponse du 9 janvier 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours du 25 novembre 2019, renvoyant aux développements figurant dans son avis juridique du 16 juillet 2019.

Répliquant le 3 février 2020, la recourante a relevé qu'il y avait lieu d'écarter l'appréciation du Dr Q.\_\_\_\_\_, compte tenu du fait que dans la cause AA 32/19 - 6/2020, la Cour de céans avait retenu qu'elle était dépourvue de force probante. Elle a également produit divers documents, dont une ordonnance du 12 décembre 2019 du Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, dans lequel il retenait le diagnostic de CRPS de type II et prescrivait des séances d'ergothérapie.

Par duplique du 16 mars 2020, l'intimé a relevé que si le Dr Q.\_\_\_\_\_ s'était prononcé sur le plan psychiatrique dans son expertise, excédant ainsi son mandat, ses constatations étaient toutefois étayées par le Dr N.\_\_\_\_\_.

Dans une détermination complémentaire du 14 avril 2020, la recourante a souligné que l'OAI n'avait pas transmis l'intégralité de l'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_ au Dr Q.\_\_\_\_\_, mais uniquement des extraits, ce qui n'était pas une manière de procéder neutre. Il était en outre erroné de considérer que les constatations du Dr Q.\_\_\_\_\_ étaient étayées, dans la mesure où elles étaient contradictoires avec son précédent rapport du 22 mai 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 ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige a pour objet le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement son droit à une rente au-delà du 28 février 2017.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**c)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 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, si nécessaire, 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 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, 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.

**d)** En particulier, une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d).

**e)** A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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 plutôt qu'une autre.

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**c)** Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; 9C\_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1).

**5. a)** 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). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à

l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

**b)** La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

**c)** Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les

différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

**6. a)** En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la seconde demande de prestations AI déposée par la recourante et a procédé à une instruction en requérant notamment des avis auprès de ses médecins traitants et en ordonnant deux expertises. Il convient d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force du 3 mai 2012 et la décision litigieuse du 18 octobre 2019, l'état de santé de l'intéressée s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations AI.

**b)** Sur le plan psychique, l'OAI n'a pas retenu d'atteintes incapacitantes dans sa décision du 3 mai 2012. Les rapports subséquents du Dr M. \_\_\_\_\_ ne mettent pas en évidence d'éléments d'aggravation depuis lors. Il considère au contraire dans son rapport du 13 novembre 2015 que les atteintes psychiques de son ancienne patiente ne sont pas incapacitantes et, dans son rapport du 22 juin 2018, il ne se prononce pas sur la capacité de travail, suggérant la mise en œuvre d'une expertise

psychiatrique. Il n'y aurait d'ailleurs plus de suivi psychiatrique depuis le mois de novembre 2017, ce qui est *a priori* significatif de l'absence d'aggravation au-delà de cette date. L'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_ le confirme, ce praticien ne retenant pas d'atteinte psychique incapacitante.

S'agissant de cette expertise, dont la vocation première était de vérifier l'hypothèse d'un trouble somatoforme douloureux, elle a pleine valeur probante au regard des critères jurisprudentiels (cf. consid. 5 supra). L'expertise est fondée sur les rapports médicaux au dossier, une anamnèse particulièrement détaillée, spontanée puis orientée, tant sur le plan médical, que familial, personnel, professionnel et social. Elle contient également les plaintes de la recourante et des informations relatives à ses activités quotidiennes. L'expert rapporte également ses observations s'agissant du comportement et de l'apparence de la recourante ainsi que ses constatations ressortant de l'examen clinique.

L'expert a tout d'abord posé les diagnostics de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychiques (F68.0) et d'accentuation de traits de la personnalité histrionique (Z73.1). Ce faisant, il a posé un diagnostic selon les règles de l'art, en se référant à la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la Santé (CIM-10).

Certes, ces diagnostics divergent de ceux posés par le Dr M.\_\_\_\_\_. Il faut néanmoins rappeler que du point de vue de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic, mais l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est déterminant (cf. TF 9C\_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2). Cela étant, les divergences entre l'expert et le Dr M.\_\_\_\_\_ sont mineures. L'expert a écarté le diagnostic d'épisode dépressif majeur après avoir notamment constaté que l'expertisée donnait une description positive de sa personnalité, gardait l'espoir d'une amélioration de sa situation, surmontait ses plaintes pour mener une vie organisée en fonction de ses préférences, sans attitude morose ou pessimiste. Il explique de surcroît que les symptômes affectifs légers caractérisant l'un des diagnostics

retenus par le Dr M.\_\_\_\_\_. constituent un phénomène d'accompagnement de la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (rapport d'expertise du 14 novembre 2018, page 28, 2<sup>ème</sup> paragraphe). L'expert a relevé à cet égard que cela entraînait typiquement des moments de tristesse et de déception chez l'assurée. L'expert a également exclu le diagnostic de trouble de la personnalité retenu par le Dr M.\_\_\_\_\_. Il a en particulier observé que l'assurée menait une vie autonome sans perturbation sévère de la constitution caractérologique persistant depuis l'adolescence (*ibidem*, page 29). L'expert a cependant indiqué que les particularités de fonctionnement de l'expertisée correspondaient à l'accentuation de traits de personnalité histrionique. En tout état de cause, il sied de préciser que le Tribunal fédéral a déjà été amené à constater que des traits de personnalité n'avaient en principe pas valeur de maladie psychiatrique (cf. p. ex. TF 9C\_894/2015 du 25 avril 2016 consid. 5.1). L'expert a spécifié à ce titre que les plaintes de l'assurée contrastaient avec ses propres observations cliniques et l'absence de traitement antalgique. Enfin, selon l'expert, l'ensemble du tableau clinique était insuffisant pour retenir un syndrome douloureux somatoforme persistant.

S'agissant du degré de gravité fonctionnel et des ressources, le constat d'une pleine capacité de travail n'est nullement critiquable, au vu des observations de l'expert figurant dans les rubriques anamnèse orientée, habitudes, vie sociale, vie quotidienne. Il apparaît en effet que l'assurée mène une vie autonome, gère seule ses finances et la tenue de son ménage. Elle décrit également ses journées de manière positive, se baladant en forêt, rencontrant des amis ou s'intéressant à la littérature, la peinture et certaines émissions de télévision. Elle réalise par ailleurs des exercices quotidiens d'ergothérapie pour sa main droite. On relèvera encore que l'assurée n'a plus de suivi psychiatrique depuis le mois de novembre 2017, que le suivi antérieur a été limité dans le temps et n'a pas donné lieu à une prescription de traitement antidépresseur de longue durée. L'expert a également décrit l'assurée comme quelqu'un de souriant et entrant en contact de manière joviale. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a enfin relevé que l'assurée avait participé activement à 5 heures d'examen, sans

montrer de signes de fatigue après des efforts minimales, ni de diminution majeure de l'attention ou de la concentration (rapport d'expertise du 14 novembre 2018, p. 27 *in fine*). Ces observations contredisent dès lors les critiques de la recourante quant au stress généré par l'expertise. Tous ces éléments plaident en outre en faveur d'un faible degré de gravité fonctionnelle et de l'existence de ressources importantes chez l'assurée, permettant d'exclure tout caractère incapacitant aux diagnostics retenus. Les appréciations des Drs M.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ se rejoignent ainsi quant à la capacité de travail de l'assurée, contrairement à ce qu'elle allègue. Les propos du psychiatre traitant s'agissant de la faible probabilité d'une reprise d'activité doivent en effet être replacés dans leur contexte : ce médecin lie l'incapacité de travail à l'atteinte somatique et au contexte psycho-social qui, selon lui, joue un rôle prédominant. Or, les facteurs psycho-sociaux ne sont pas du ressort de l'assurance-invalidité (TF 9C\_656/2017 du 26 mars 2018 consid. 5.3 ; TF 9C\_700/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.2.4.3).

L'expert a par ailleurs procédé à une évaluation de l'évolution des traitements et discuté des chances de guérison, en particulier des mesures thérapeutiques à mettre en œuvre. L'expertise comprend enfin une évaluation de la cohérence et de la plausibilité.

Le rapport d'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_ remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui accorder une pleine valeur probante et aucun rapport médical contemporain ou postérieur ne permet d'en remettre en cause les conclusions s'agissant de l'absence d'incapacité de travail inhérente aux troubles psychiques.

**c)** Sur le plan somatique, l'intimé s'est fondé sur les constatations du Dr Q.\_\_\_\_\_ figurant dans son rapport d'expertise du 22 mai 2018 et son complément du 20 décembre 2018, pour retenir que la recourante présentait à nouveau une pleine capacité de travail dans son activité habituelle à partir du 7 novembre 2016.

Du rapport d'expertise du 22 mai 2018 du Dr Q.\_\_\_\_\_, il ressort que l'allégation de douleurs par la recourante, douleurs empirant de surcroît entre les deux examens cliniques, ne correspondait pas à ce qui était objectivement attendu dans les suites de l'arthrodèse, raison pour laquelle il a émis l'hypothèse d'un trouble somatoforme douloureux et préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Il lui appartenait cependant de traiter la question essentielle qui lui était posée, savoir l'analyse de la capacité de travail sur le plan somatique ainsi que des limitations fonctionnelles sur la base des examens cliniques du membre supérieur droit ou sur la base des rapports de ses confrères figurant au dossier. En l'occurrence, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a d'abord conclu, dans son rapport d'expertise du 22 mai 2018, à une capacité de travail nulle de l'assurée pour ensuite revenir sur ses conclusions dans un complément du 20 décembre 2018, après communication d'extraits de l'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_, mais sans réexamen de la recourante, ni développement de son appréciation. En outre, il nie l'existence de limitations fonctionnelles tout en retenant une capacité de travail de 100 % dans les « activités exigibles ». Ce qualificatif présuppose en l'occurrence une activité adaptée, et par conséquent des limitations fonctionnelles. En présence d'un complément lacunaire, voire contradictoire, il aurait pu être attendu de l'OAI d'interpeller une seconde fois l'expert pour requérir les précisions nécessaires à la détermination de la capacité de travail. Cette abstention de l'OAI ne permet cependant pas à elle seule d'aboutir au constat d'une instruction lacunaire sans examiner au préalable si d'autres pièces médicales au dossier pourraient se voir reconnaître une pleine valeur probante.

En l'occurrence, hormis l'examen radiographique du 29 mars 2018 et les certificats médicaux du Dr X.\_\_\_\_\_ attestant sans discontinuer d'une incapacité de travail totale, n'ont été produits au dossier, en relation avec l'atteinte à l'index droit ou plus largement du membre supérieur droit depuis le 7 novembre 2016, que les avis du SMR.

**d)** C'est le lieu de rappeler que les avis médicaux du SMR, de par leur nature, n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement

pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ces rapports ne sont toutefois pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

**e)** En l'espèce, dans son avis du 23 janvier 2019, le Dr T.\_\_\_\_\_ s'est fondé sur les observations cliniques de l'examen du 7 novembre 2016, en particulier sur l'examen ostéoarticulaire, pour arrêter le terme de l'incapacité de travail à cette date. Pour mémoire, lors de cet examen, la fonction de l'épaule droite était quasi complète et l'index droit présentait un aspect dystrophique depuis l'articulation IPP jusqu'à son extrémité, avec un enroulement incomplet. Il a conclu qu'il n'existait pas de données objectives justifiant la reconnaissance d'une quelconque incapacité de travail dans une « activité adaptée aux compétences de l'assurée ».

Dans son avis subséquent du 21 mai 2019, le Dr T.\_\_\_\_\_ considère que l'atteinte objective de l'index droit et de l'ensemble du membre supérieur droit doit être considérée comme modeste et relève les lacunes et contradictions de l'appréciation de la capacité de travail sur le plan somatique.

**f)** En l'occurrence, il apparaît que lors de l'examen clinique du 7 novembre 2016 par l'expert Q.\_\_\_\_\_, la fonction de l'épaule droite était quasi complète, sous réserve d'une élévation limitée à 90 degrés, ce qui autorise à retenir l'absence de modification notable depuis la décision du 3 mai 2012, laquelle admettait déjà une limitation dans les activités nécessitant une abduction et une élévation du membre supérieur droit. S'agissant de l'atteinte à l'index droit, le Dr T.\_\_\_\_\_ considère, sur la base de l'examen clinique du 7 novembre 2016 et du rapport radiologique

du 29 mars 2018, que l'atteinte est objectivement modeste. Si le rapport d'expertise du Dr Q.\_\_\_\_\_ mentionne clairement les observations résultant de l'examen ostéoarticulaire du 7 novembre 2016, en revanche, il n'est pas fait état d'un tel examen lors de la consultation du 29 mars 2018. En l'absence de rapport d'examen clinique par un médecin somaticien depuis le 7 novembre 2016, et quand bien même il paraît effectivement pouvoir être admis que l'atteinte à l'index droit est objectivement modeste, il s'avère impossible d'apprécier si celle-ci entraîne des limitations fonctionnelles, respectivement si l'activité habituelle de la recourante est adaptée. La seule mention par le Dr T.\_\_\_\_\_ d'une capacité de travail dans une « activité adaptée aux compétences de l'assurée » ne permet pas de se prononcer. En l'état, il n'est donc pas possible de déterminer si cette atteinte entraîne une modification notable.

**g)** En procédure judiciaire, la recourante a encore fait valoir la survenance d'un SDRC du pied droit, allégation étayée par la production de deux ordonnances d'ergothérapie, délivrées postérieurement à la décision litigieuse. Quand bien même le diagnostic de SDRC à l'origine de l'ergothérapie serait antérieur à la décision attaquée, il n'apparaît pas que cette atteinte entraîne une modification importante de l'état de santé de la recourante. Il sera notamment observé que lors de la première demande déjà, le syndrome d'algo-neurodystrophie aux deux pieds avait déjà retenu après une cure d'hallux valgus (rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ du 20 février 2009) pour être considéré sans influence sur la capacité de travail (rapport SMR du 13 juillet 2010 du Dr B.\_\_\_\_\_). A cela s'ajoute qu'aucun rapport médical d'un spécialiste en orthopédie n'atteste d'une péjoration, la prescription de deux ordonnances d'ergothérapie ne suffisant en l'occurrence pas.

**7.** Cela étant, quand bien même les éléments font défaut pour apprécier l'évolution de l'atteinte à l'index droit et ses répercussions sur la capacité de travail de la recourante au-delà du 7 novembre 2016, une instruction médicale complémentaire ne s'impose pas, compte tenu de la

jurisprudence en matière de mesures de réadaptation, exposée ci-dessous.

**a)** Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

**b)** Il arrive que l'octroi préalable de mesures de réadaptation constitue une condition *sine qua non*, d'un point de vue professionnel, à la valorisation économique de la capacité de travail (TF 9C\_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7). La jurisprudence considère ainsi qu'il existe des situations dans lesquelles, avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, y compris dans le cadre d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps (ATF 145 V 209), l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en

raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (TF 9C\_707/2018 du 26 mars 2019 et les références citées ; TF 9C\_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.2 et les références citées ; TF 9C\_800/2014 du 31 janvier 2015 ; TF 9C\_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 4.4 et les références citées). Il en découle, sous réserve de cas où l'assuré dispose d'emblée de capacités suffisantes lui permettant une réadaptation par soi-même (TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 5.2 et les références citées, TF 8C\_582/2017 du 22 mars 2018 consid. 6.3 ; TF 9C\_183/2015 du 19 août 2015 consid. 5), que ce n'est qu'à l'issue d'un examen concret de la situation de l'assuré et de la mise en œuvre d'éventuelles mesures de réadaptation sur le marché du travail que l'office AI peut définitivement statuer sur la révision de la rente d'invalidité et, le cas échéant, réduire ou supprimer le droit à la rente. Par conséquent, dans ces situations, l'examen et l'exécution des éventuelles mesures constituent une condition de la suppression (ou réduction) de la rente, cette suppression (ou réduction) ne pouvant prendre effet antérieurement (TF 8C\_582/2017 du 22 mars 2018 consid. 6.4 ; TF 8C\_446/2014 du 12 janvier 2015 consid. 4.2.4 non publié *in* ATF 141 V 5, mais dans SVR 2015 IV n° 19 p. 56 ; TF 9C\_409/2012 du 11 septembre 2012 consid. 2.3, *in* SVR 2011 IV n° 73 p. 220). Demeure ouverte la question de savoir si la réalisation des critères (durée de 15 années d'allocation de la rente ou accomplissement de la 55<sup>e</sup> année) doit être examinée par rapport au moment du prononcé de la décision de suppression de la rente ou à celui à partir duquel cette prestation a été supprimée (ATF 145 V 209 consid. 5.4 ; 141 V 5; 138 V 457). Cette question peut néanmoins demeurer indécise dans le cas particulier.

**c)** En effet, si la recourante a bénéficié d'une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, elle avait déjà plus de 55 ans au 28 février 2017, date de la suppression de cette rente. Elle appartient ainsi à la catégorie d'assurés dont il convient de présumer qu'ils ne peuvent en principe pas entreprendre de leur propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'eux pour tirer profit de leur capacité résiduelle de travail, peu importe à cet égard qu'elle présente une

invalidité inférieure à 20 % (TF 9C\_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.1 et 5.2).

**d)** Au vu des principes développés ci-avant, la recourante aurait pu prétendre à l'octroi de mesures de réadaptation.

En l'occurrence, la recourante a déjà atteint l'âge légal de la retraite, ce qui implique qu'un pronostic soit rétroactivement posé sur les chances de succès de telles mesures (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références citées), celles-ci ne devant pas être allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'AI, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C\_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 9.2 et la référence citée). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1).

La recourante n'a plus exercé d'activité professionnelle depuis son licenciement au 1<sup>er</sup> avril 2013. Elle bénéficie de certificats médicaux constatant son incapacité de travail depuis le 11 février 2014. Elle était ainsi éloignée du monde professionnel depuis quasiment quatre ans à la date du 28 février 2017 et il ne ressort pas des pièces au dossier que la perspective d'un retour en emploi se serait présentée à elle. Objectivement, une réadaptation par soi-même n'aurait pas apparu exigible.

Dans le cadre de la procédure de révision, l'OAI a envisagé l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle et a adressé à cet effet une communication à la recourante le 28 mai 2015, demeurée sans suite ensuite de la renonciation par l'intimé lui-même à la mise en œuvre de la mesure, en raison de l'état de santé de la recourante. Aucune mesure de réadaptation n'a été proposée ultérieurement à l'intéressée, ni préconisée

par les experts, de telle sorte qu'il ne peut être établi que son aptitude subjective à la réadaptation aurait fait défaut.

**e)** Au vu de ce qui précède, il apparaît que quand bien même une pleine capacité de travail dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée pourrait être reconnue à la recourante au-delà du 7 novembre 2016 à la faveur d'une instruction complémentaire, la reprise d'une activité professionnelle n'était pas exigible sans examen de la mise en œuvre préalable de mesures de réadaptation, en particulier d'une mesure d'orientation professionnelle, dont l'intimé ne saurait disconvenir de la nécessité compte tenu de sa communication du 28 mai 2015.

En conséquence, il y a lieu de maintenir le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité jusqu'au 18 octobre 2019, date de la décision entreprise qui définit le cadre temporel de l'examen du juge (cf. TF 9C\_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 4 et les références citées). Le dossier sera retourné à l'OAI pour qu'il se prononce sur le maintien du droit à la rente pour la période postérieure au 18 octobre 2019, étant souligné que la personne assurée cesse d'avoir droit à la rente d'invalidité dès qu'elle peut prétendre à la rente de vieillesse de l'AVS (cf. art. 30 LAI).

**f)** La recourante conclut à l'octroi d'une rente entière dès le 11 février 2014.

Si l'incapacité de travail a effectivement débuté à cette date, la demande de prestations a été déposée le 9 février 2015, avec pour corollaire que le droit au versement de la rente ne prend naissance que le 1<sup>er</sup> août 2015, soit à l'échéance du délai de 6 mois prévu par l'art. 29 al. 1 LAI.

**8.** S'agissant du grief de violation du droit d'être entendu, il peut être renoncé à son examen, son éventuelle admission ne pouvant en l'espèce que contrevenir au principe de la simplicité de la procédure prévalant en droit des assurances sociales.

**9. a)** En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que G.\_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> août 2015 au 18 octobre 2019, la cause étant pour le surplus retournée à l'office afin qu'il statue sur le droit à la rente pour la période postérieure au 18 octobre 2019.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

**c)** Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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

- I. Le recours est partiellement admis.
  
- II. La décision rendue le 18 octobre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que G. \_\_\_\_\_ a droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> août 2015 au 18 octobre 2019, la cause étant pour le surplus retournée à l'office pour qu'il statue sur le droit à la rente pour la période postérieure au 18 octobre 2019.
  
- 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 G. \_\_\_\_\_ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Séverine Berger (pour G. \_\_\_\_\_),
- 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 :