

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 6 mai 2021

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
MM. Gutmann et Küng, assesseurs  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Claude-Alain Boillat,  
avocat à Morges,

et

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

---

**Art. 6 s. et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.**        **a)** Ressortissante marocaine, née en D.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est mère de deux enfants nés en [...] et [...]. Du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 28 février 2018 (date du licenciement signifié par l'employeur [pièce 40]), elle a travaillé comme aide-cuisinière, à 80 %, pour le compte de l'A.\_\_\_\_\_ (A.\_\_\_\_\_). Elle bénéficie des prestations du revenu d'insertion (RI) depuis le 1<sup>er</sup> février 2016 (pièce 49).

**b)** Le 14 avril 2016, l'assurée a été victime d'un accident professionnel ; elle a glissé puis a chuté avec réception sur le côté droit. Atteinte à l'épaule, à la nuque, à la colonne et à la main, elle a dû interrompre le travail le même jour.

L'assureur-accidents M.\_\_\_\_\_ a pris le cas en charge.

Le 21 juin 2016, l'assurée a été opérée sous AVR (anesthésie veineuse régionale) de son tunnel carpien droit ainsi que de son index et annulaire droits à ressaut (rapport du 6 juillet 2016 de la Dre O.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique).

Une arthro-IRM de l'épaule droite du 19 juillet 2016 a mis en évidence de discrets signes évocateurs d'un status après entorse acromio-claviculaire, probablement de grade II avec entorse du ligament coraco-claviculaire sans rupture, tendinose du long chef du biceps à la hauteur de la poulie et du sous-scapulaire sans déchirure. Il n'a pas été constaté de rupture tendineuse de la coiffe des rotateurs (rapport d'arthro-IRM de l'épaule droite du 19 juillet 2016 du Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie).

Dans un rapport du 15 août 2016, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué une entorse acromio-claviculaire avec tendinopathie des tendons du biceps et du sous-scapulaire. Ce chirurgien ne proposait pas

de traitement particulier hormis le maintien d'une bonne mobilité de l'épaule droite. Il a évoqué une reprise progressive du travail au début du mois de septembre 2016, après la disparition spontanée des douleurs.

Par rapport du 31 août 2016 à M.\_\_\_\_\_, la Dre C.\_\_\_\_\_, médecin traitant à l'Hôpital de zone de [...], a posé les diagnostics d'entorse acromio-claviculaire (avec entorse coraco-claviculaire) et de tendinose du long chef du biceps droit. Le traitement alliait la physiothérapie et une antalgie médicamenteuse.

Le 23 septembre 2016, l'assurée a procédé au dépôt du formulaire *ad hoc* de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en indiquant quant au genre d'atteinte à la santé « mobilité de l'épaule » depuis l'accident.

Dans le formulaire 531bis de détermination du statut complété le 16 novembre 2016, l'intéressée a déclaré que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait par intérêt financier au taux de 80 % en tant qu'aide-cuisinière.

Après avoir recueilli les renseignements médicaux auprès des médecins consultés (rapport du 29 novembre 2016 de la Dre C.\_\_\_\_\_ et annexes ; rapport du 12 décembre 2016 du Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) et avec l'accord du médecin traitant ainsi que de l'employeur, l'assurée a bénéficié, de la part de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), d'une mesure de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle sous la forme d'une reprise de son activité habituelle par paliers auprès de l'A.\_\_\_\_\_, du 1<sup>er</sup> mai au 31 juillet 2017 ; le taux de présence était de 50 % avec pour objectif d'atteindre à terme le taux contractuel de 80 % (communication du 2 mai 2017). Cette mesure a été prolongée par l'OAI du 1<sup>er</sup> août au 31 octobre 2017 (communication du 8 août 2017).

Aux termes d'un rapport du 23 novembre 2017 à l'OAI, la Dre C.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un syndrome douloureux complexe avec

dysfonction costo-vertébrale et tendinopathie de la coiffe ainsi que probable atteinte cervicale droite, à la faveur d'une aggravation justifiant une incapacité de travail totale en toute activité dès le 31 octobre 2017.

Le 8 décembre 2017, l'OAI a pris connaissance du dossier médical actualisé constitué par l'assureur-accidents M. \_\_\_\_\_ (pièce 44), contenant notamment :

- un rapport d'expertise orthopédique du 28 octobre 2016 confiée au Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Posant les diagnostics de douleurs persistantes à l'épaule droite (status après entorse de l'articulation acromio-claviculaire grade I [14.04.2016]), de tendinopathie du long chef du biceps et du sous-scapulaire de l'épaule droite, de status après fracture-arrachement de P2 du 4<sup>ème</sup> doigt de la main droite [14.04.2016] et de status après contusions multiples [14.04.2016]), cet expert s'est exprimé comme suit :

“Madame D. \_\_\_\_\_ est vue à 6 mois d'une chute de sa hauteur. Persistance de douleurs à l'épaule droite, irradiant vers la nuque. Les douleurs persistent malgré un traitement de séances de physiothérapie et AINS [anti-inflammatoires non stéroïdiens].

A mon avis, Madame D. \_\_\_\_\_ devrait être revue par le Dr R. \_\_\_\_\_ pour une infiltration de l'articulation acromio-claviculaire et, dépendant des résultats, une excision chirurgicale de l'extrémité distale de la clavicule droite.

L'arrêt de travail en tant qu'aide de cuisine est, à mon avis, justifié. Actuellement, Madame D. \_\_\_\_\_ serait apte à travailler uniquement dans une activité épargnant l'épaule droite. Cette activité adaptée devrait respecter les limitations fonctionnelles qui sont d'éviter le port de charge de plus de 5 kg, le soulèvement de charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur droit et tous les métiers qui impliquent une mobilité de l'épaule droite au-delà de l'horizontale.” ;

- un rapport du 25 avril 2017 consécutif à une consultation du 11 avril 2017, du Professeur E. \_\_\_\_\_ et de la Dre S. \_\_\_\_\_, respectivement chef de service et médecin-assistante à l'Hôpital Orthopédique du CHUV à [...]. A l'examen de l'arthro-IRM de juillet 2016, ces médecins ont retenu un « syndrome douloureux chronique aspécifique en post-traumatique ». Ils ont noté que la coiffe était compétente à hauteur de l'épaule droite,

avec absence de troubles dégénératifs au niveau de l'acromio-claviculaire ou gléno-huméral. Ils n'ont pas relevé de signe en faveur d'une capsulite, ni pour une pathologie neurologique intercurrente. La poursuite du traitement conservateur était de mise sans indication chirurgicale ;

- un mandat d'expertise du 16 novembre 2017 confié au Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, avec examen de l'assurée prévu le 30 novembre 2017.

Le 16 décembre 2017, la Dre I.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, consultée depuis l'accident d'avril 2016, a posé le diagnostic incapacitant de trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse et dépressive (F43.22). Sous l'anamnèse, il est écrit ce qui suit :

“Patiente d'origine marocaine, mariée à un homme suisse, séparée depuis novembre 2015, mère d'un garçon de [...] et d'une fille de [...]. Venue en Suisse il y a près de 20 ans, tout d'abord comme [...], puis comme aide de cuisine à l'hôpital de [...] depuis 14 ans. Elle a subi du mobbing sur son lieu de travail depuis fin 2015 et a fini par être licenciée en novembre 2017, elle a pris un avocat. A noter qu'elle a été victime d'un accident professionnel en mai [recte : avril] 2016 qui a nécessité plusieurs interventions chirurgicales et un AT [arrêt de travail] de plus d'une année. A noter également une séparation conjugale conflictuelle en novembre 2015 avec violence in[t]rafamiliale, ayant nécessité l'intervention du SPJ [Service de protection de la jeunesse] et le placement des enfants en foyer durant un an, ainsi qu'une prise en charge transitoire à l'Unité [...] à [...]. Actuellement la situation est beaucoup plus calme, la fille vit avec Mme, le fils avec M., les contacts semblent fréquents et cordiaux entre tous les membres de la famille. Cette problématique familiale a coïncidé avec la période de mobbing au travail, ainsi que l'accident, ce qui a aggravé l'humeur dépressive dans le cadre du trouble de l'adaptation.

Patiente soignée, orientée, polie, collaborante. La thymie est triste, néanmoins elle réussit avec effort à gérer son quotidien (AVQ [activités de la vie quotidienne], prise en charge de ses enfants). La plainte est centrée sur le sentiment d'injustice par rapport à son licenciement, un sentiment de méfiance exacerbé et les limitations en raison de fortes douleurs de l'épaule post-traumatiques.

Pas d'idéation suicidaire (idéations suicidaires présentes en 2016), trouble du sommeil avec ruminations fréquentes, anhédonie, nette diminution de la sociabilité depuis son licenciement.

Pas d'éléments de la lignée psychotique.”

Selon la Dre I.\_\_\_\_\_, l'« abattement dépressif actuel » ainsi que les douleurs de l'épaule contre-indiquaient une reprise

professionnelle par sa patiente ; il n'existait aucune restriction psychique dans l'activité d'aide de cuisine à moyen terme, mais les symptômes dépressifs actuels (lenteur, troubles de la concentration et fatigabilité) étaient un frein pour une reprise du travail. Le traitement qui devait être poursuivi jusqu'à la reprise d'une activité ou d'une réinsertion professionnelle alliait un entretien psychiatrique intégré deux fois par mois et des médicaments (Escitalopram® 20 mg [1 cp. le matin], Temesta exp.® 1 mg [1/4 cp. le soir] et Trittico® 100 mg le soir). Une reprise progressive de l'activité habituelle était souhaitable, sous réserve de l'évolution de la mobilité de l'épaule toujours au premier plan. Sur le plan psychique, en raison des symptômes dépressifs, le rendement était diminué d'« au moins 50% » ; il n'existait pas de restriction pour d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle, mais sans reprise de l'activité professionnelle ou amélioration de la capacité de travail à attendre pour l'instant. En guise de conclusions, la psychiatre a indiqué que « les limitations post-traumatiques de l'épaule rendent la reprise de travail compromise dans l'activité exercée à ce jour. Il serait très souhaitable d'envisager des mesures de réadaptation professionnelle progressives dès que les douleurs de l'épaule le permettront. Ces mesures auront également un effet bénéfique sur l'humeur ».

Par rapport du 20 janvier 2018 à la Dre C.\_\_\_\_\_, consécutif à une consultation du 8 novembre 2017, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a confirmé une décompensation algique cervico-scapulo-thoracique droite. Sans proposition chirurgicale à formuler, il a suggéré la mise en place d'un traitement conservateur alliant de l'ostéopathie et une infiltration, voire une éventuelle prise en charge globale par un centre pluridisciplinaire. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI qu'il n'avait pas « examiné cette patiente d'un point de vue professionnel ni abordé ce sujet avec elle » en renvoyant auprès du médecin traitant sur ce point (rapport du 22 janvier 2018).

Dans un avis SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) du 29 janvier 2018, sous la plume de la Dre H.\_\_\_\_\_, il a été noté un état de santé qui n'était pas stabilisé. Dans le contexte algique,

l'activité habituelle d'aide de cuisine n'était pas appropriée mais d'ici quelques semaines une amélioration était attendue laissant envisager une reprise. A l'inverse, dans une activité plus légère physiquement, une reprise de travail était immédiatement envisageable.

Interpellée, la Dre C. \_\_\_\_\_ a fait part à l'OAI d'une absence d'amélioration intervenue depuis son précédent rapport, soit une capacité de travail nulle dans toute activité depuis le 31 octobre 2017. Les limitations fonctionnelles étaient : « impossibilité de port de charges même légères avec le bras droit et limitations des mouvements du bras droit » (rapport du 28 mars 2018 à l'OAI). Elle a joint les pièces suivantes :

- un rapport du 26 janvier 2018 consécutif à une consultation spécialisée du 23 janvier 2018 au « team épaule-coude » à l'Hôpital orthopédique. Le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué un syndrome douloureux cervico-scapulo-brachio-antébrachial à droite sur contracture musculaire cervico-scapulaire post-traumatique. Ce praticien a prescrit une physiothérapie intégrant de la balnéothérapie et adressé l'assurée auprès de la Consultation de médecine physique et réhabilitation à l'Hôpital orthopédique ;

- un rapport du 12 mars 2018 du Professeur N. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, médecin-chef de la Consultation de médecine physique et réhabilitation à l'Hôpital orthopédique, consulté le 9 mars 2018. Ce spécialiste a fait part d'un examen clinique moteur au membre supérieur droit difficile à interpréter (à-coups et lâchages intempestifs sans douleur) sans retenir de névralgie cervico-brachiale droite. Qualifiant la prise en charge des douleurs d'épaule (physiothérapie, balnéothérapie et antalgie) d'adaptée, il n'avait pas d'autre traitement à proposer.

Le SMR, par la voix de la Dre H. \_\_\_\_\_, a suggéré la réalisation d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et

psychiatrique) avant de se prononcer en toute connaissance sur le cas de l'assurée (avis du 14 mai 2018 du SMR).

De son côté (pièce 63), l'assureur-accidents M. \_\_\_\_\_ a, par décision du 25 mai 2018, mis fin au service de ses prestations (traitement médical et indemnité journalière) avec effet au 21 juin 2016. Cette décision reposait sur les conclusions du rapport d'expertise de chirurgie orthopédique du 9 mars 2018 du Dr K. \_\_\_\_\_ qui avait reçu l'assurée le 30 novembre 2017. Cet expert a posé les diagnostics suivants :

- “• Sont retenus en lien de causalité naturelle avec l'événement du 14.04.16
- Status post contusion du cou, de l'épaule droite, du rachis et du flanc droit et fracture-arrachement de l'extrémité distale de la 2<sup>ème</sup> phalange du 4<sup>ème</sup> doigt droit, plaies superficielles du bras droit le 14.04.16
- Status post désinfection des plaies au bras droit le 14.04.16
- Status post traitement orthopédique de la fracture-arrachement de l'extrémité distale de la 2<sup>ème</sup> phalange du 4<sup>ème</sup> doigt droit.
- Est retenu sans lien de causalité naturelle avec l'événement du 14.04.16 :
- Status post compression du nerf médian au poignet droit et doigts à ressort II et IV droits avec kyste au 4<sup>ème</sup> doigt droit
- Status post décompression du nerf médian au poignet droit et cure des doigts à ressort II et IV droits, excision du kyste du 4<sup>ème</sup> doigt droit le 21.06.16
- Statu[s] post troubles de la statique pelvienne bicompartimentale sous forme de cystocèle et de rectocèle chez une patiente avec 2 grossesses et 2 accouchements âgée de 40 ans
- Status post colporraphie antérieure et postérieure et une fixation sacro-spinale droite le 01.11.16.”

Indiquant que les douleurs alléguées, à savoir une baisse de force et des limitations des amplitudes articulaires de l'épaule droite, ne relevaient pas d'une étiologie concernant l'appareil locomoteur, le Dr K. \_\_\_\_\_ a estimé que la guérison de l'épaule droite était acquise au 21 juin 2016 sans séquelles. En l'absence de restrictions fonctionnelles, la

capacité de travail de l'explorée était « pleine et entière dans la profession habituelle, au taux contractuel, au 21 juin 2016 ».

En vue de la réalisation de l'expertise bidisciplinaire mandatée par l'OAI, l'assurée a été convoquée dans les locaux du G. \_\_\_\_\_ (G. \_\_\_\_\_), à [...], le 15 avril 2019. Elle y a été examinée, en présence d'une interprète de langue arabe, par la Dre B. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie ainsi qu'experte SIM (Swiss Insurance Medicine), et par le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie. Dans leur rapport du 30 avril 2019, ces experts ont posé le diagnostic incapacitant de syndrome douloureux chronique du membre supérieur droit d'origine indéterminée (M79.6) et ceux, sans effet sur la capacité de travail, de status après contusion cervicale, de l'épaule droite, du rachis et du flanc droit, fracture-arrachement de l'extrémité distale de la deuxième phalange du quatrième doigt droit, et plaies superficielles du bras droit le 14 avril 2016 (S40.0), de status après intervention chirurgicale pour syndrome du tunnel carpien droit et index et annulaire droits à ressaut le 21 juin 2016 (M65.34), de status après colpopérinéorraphie pour troubles mictionnels et faux-besoins en 11.2016 (R39.1), d'hémorroïde externe (I84), de recto-elytrocèle (N73.8) et d'adénome tubuleux avec dysplasie épithéliale de bas grade à la colonoscopie de juillet 2012 (D126). Il n'a pas été retenu de diagnostic psychiatrique. Les experts ont estimé que les suites de l'accident du printemps 2016 justifiaient de retenir une capacité de travail nulle de l'assurée dans son activité habituelle mais que, dans une activité adaptée à son état de santé, la capacité de travail était entière, sous réserve d'une incapacité de travail totale en toute activité du 14 avril au 28 octobre 2016 telle que déterminée par le Dr F. \_\_\_\_\_. Les limitations fonctionnelles retenues étaient : éviter le port de charges de plus de cinq kilos avec le membre supérieur droit et tous les métiers impliquant une mobilité de l'épaule droite au-delà de l'horizontale. Enfin, les experts ont noté des discordances avec amplification de symptômes, indiquant qu'en salle d'examen l'explorée épargnait son bras droit et disant ne pouvoir l'utiliser, alors qu'en salle d'attente, lorsqu'elle ne se sentait pas observée,

l'intéressée mobilisait normalement son bras droit et n'avait par ailleurs aucune difficulté à serrer la main de l'expert.

Par complément d'expertise du 31 juillet 2019 à l'OAI, l'expert rhumatologue du G.\_\_\_\_\_ a modifié son appréciation initiale dans le sens de la prise en compte d'une incapacité de travail dans l'activité habituelle jusqu'au 30 novembre 2017, soit la date de l'expertise du Dr K.\_\_\_\_\_.

Faisant siennes les constatations et conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire du G.\_\_\_\_\_ et son complément, le SMR, toujours par la voix de la Dre H.\_\_\_\_\_, a évalué la capacité de travail de l'assurée à 100 % dans l'activité habituelle d'aide de cuisine, sous réserve d'une incapacité transitoire du 14 avril 2016 au 30 novembre 2017, et dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles mises en évidence depuis le 29 octobre 2016, les limitations cessant au 30 novembre 2017 (avis du 29 août 2019 du SMR).

Le 1<sup>er</sup> octobre 2019, l'OAI a établi un calcul du salaire exigible, en retenant un revenu sans invalidité de 58'527 fr. et un revenu d'invalidé de 55'150 fr. 86 dont il résultait un degré d'invalidité de 5,7 % (pièce 90).

Par projet du 4 novembre 2019, l'OAI a informé l'assurée, désormais conseillée en la personne de Me Claude-Alain Boillat, qu'il entendait lui refuser le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité. Ses constatations étaient les suivantes :

“Par sa demande du 23 septembre 2016 elle a sollicité des prestations de notre assurance.

En bonne santé, elle exercerait une activité en qualité d'aide de cuisine à 80% (part active). Les 20% restants correspondent à ses travaux habituels dans la tenue de son ménage (part ménagère).

Du point de vue médical, elle a présenté une incapacité de travail sans interruption depuis le 14 avril 2016. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année.

A l'échéance du délai en question, soit le 14 avril 2017, il ressort de l'ensemble des renseignements en notre possession qu'elle présente une incapacité de travail totale dans son activité professionnelle habituelle.

En revanche, une activité professionnelle respectueuse de ses limitations fonctionnelles peut raisonnablement être exigée d'elle à 100 % de sa part active de 80 %, et ce, depuis le 29 octobre 2016 déjà. Tel serait le cas dans des activités industrielles légères n'exigeant pas de qualification particulière.

Une comparaison des revenus avec et sans invalidité nous montre un revenu d'invalidé au moins aussi élevé que celui qu'elle a réalisé avant son atteinte à la santé.

Avec l'accord de son médecin traitant, notre Service de réadaptation professionnelle a mis en place une mesure de réinsertion du 1<sup>er</sup> mai 2017 au 31 octobre 2017 à visée de reprise de son activité habituelle chez son employeur à ce moment-là. Pendant toute la durée de la mesure d'ordre professionnel elle a perçu des indemnités journalières AI.

Au terme de ladite mesure, nous avons poursuivi l'instruction de sa demande AI par la mise en place d'une expertise bi-disciplinaire, volets rhumatologique et psychiatrique. Après un examen approfondi des conclusions, il ressort des renseignements recueillis qu'elle présente une incapacité de travail entière dans son activité professionnelle d'aide de cuisine du 14 avril 2016 au 30 novembre 2017. Dans une activité adaptée, nous maintenons une exigibilité à partir du 29 octobre 2016.

Au vu de ce qui précède, nous considérons qu'elle a recouvré une pleine capacité de travail dans toute activité à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2017. A cette date, elle ne présente plus de limitations fonctionnelles, il ne subsiste aucun préjudice économique.

S'agissant de sa part ménagère de 20 %, il n'y a pas lieu de mettre en place une évaluation ménagère au regard de nos conclusions.

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

S'agissant du droit aux mesures professionnelles, celui-ci existe si, malgré l'exercice d'une activité raisonnablement exigible qui ne nécessite pas de formation particulière, le manque à gagner durable est encore de 20% au moins, ce qui n'est pas son cas au vu des indications qui précèdent."

Le 25 novembre 2019, l'OAI a reçu un courrier médical daté du même jour de la Dre C. \_\_\_\_\_ avec en annexe deux rapports des 7 et 11 novembre 2019 de consultations d'antalgie auprès du Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et en médecine intensive ; il est rapporté une infiltration sous ultrasons pratiquée le 28 octobre 2019 chez l'assurée

affectée d'une contracture de son muscle sus-épineux, localisée au tiers proximal et moyen sur sa face supérieure.

A l'appui de ses objections du 9 décembre 2019, l'assurée, par son conseil, a contesté avoir retrouvé une pleine capacité de travail dans toute activité depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2017. Elle rediscutait les conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire du 30 avril 2019 en lui opposant l'avis du 25 novembre 2019 de la Dre C. \_\_\_\_\_, selon lequel elle n'avait pas retrouvé l'usage de son bras droit. Invoquant l'absence de formation professionnelle, elle s'estimait inapte à reprendre une quelconque activité professionnelle et prétendait à une rente entière, sur la base d'un degré d'invalidité de 100 %. Subsidiairement, l'assurée a demandé une contre-expertise « limitée aux aspects fonctionnels de son membre supérieur droit ».

Par décision du 16 décembre 2019, l'OAI a nié le droit à ses prestations en faveur de l'assurée en reprenant la motivation du projet du 4 novembre 2019. Dans un courrier d'accompagnement faisant partie intégrante de sa décision, il a précisé que son projet de décision reposait sur une instruction complète et était conforme en tous points aux dispositions légales.

**B.** Par acte du 3 février 2020, D. \_\_\_\_\_, représentée par Me Claude-Alain Boillat, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, avec dépens, à sa réforme en ce sens qu'elle soit mise au bénéfice d'une rente entière avec effet rétroactif au 14 avril 2017, sur la base d'un degré d'invalidité de 100 %. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, elle a reproché à l'office intimé d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant bénéficier d'une capacité de travail entière telle que retenue sur la base du rapport d'expertise du G. \_\_\_\_\_ d'avril 2019 et son complément. A titre de mesure d'instruction, elle a requis la réalisation d'une expertise judiciaire « limitée aux aspects

fonctionnels du membre supérieur droit [...], en particulier en ce qui concerne sa mobilité et son port de charge ».

Dans sa réponse du 31 mars 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Relevant le caractère probant de l'expertise du G.\_\_\_\_\_, il a estimé que les critiques de la recourante n'étaient pas de nature à modifier sa position et sans qu'une nouvelle expertise médicale ne se justifiait.

Le 15 juillet 2020, en réplique, maintenant ses précédentes conclusions tout en insistant sur la requête d'une expertise médicale complémentaire, la recourante a produit, sous bordereau complémentaire, les pièces suivantes :

- une attestation du 17 juin 2020 établie à sa demande par le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, libellée comme suit :

“Je soussigné docteur en médecine, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, membre de la F.M.H., certifie suivre Madame D.\_\_\_\_\_ le [...], depuis le mois de novembre 2019, adressée par son médecin traitant la Doctoresse C.\_\_\_\_\_ (Morges).

Cette patiente présente des troubles psychopathologiques durables importants.

Les symptômes, entre autres d'allure psychotique délirants décompensés, sont à interpréter sous l'angle dépressif, comme cela est classique du point de vue anthropo-psychiatrique.

Cette patiente ne semble pas avoir eu d'antécédent psychotique, mais une grande souffrance affective.

Cette dépression est d'intensité forte, difficile à résorber, malgré de nombreux essais de médicaments psychotropes (anti dépresseurs, anti psychotiques).

Il existe une répercussion psychosomatique.

Il ne m'appartient en aucun cas de me prononcer sur la partie somatique des douleurs.

Le diagnostic différentiel de la douleur est si délicat, à discuter que je ne puis que conseiller vivement de l'adresser à la Consultation multi-disciplinaire de la Douleur du Pr J.\_\_\_\_\_. Je précise qu'à ma connaissance, ce n'est pas un centre thérapeutique mais un centre de diagnostic de la douleur.

Enfin, la patiente m'a expliqué qu'elle n'avait pas pu s'exprimer lors de l'expertise médicale sollicitée par l'OAI, car l'interprète, de même origine que sa patiente, a pour famille proche, les voisins de sa propre famille, dans un village à côté de [...]. Si tel est bien le cas, cet aspect est incontestablement à prendre en compte, vis-à-vis de

la pondération qui en découle quant à l'appréciation du diagnostic différentiel.”;

- un rapport du 3 juillet 2020 adressé à la Dre C.\_\_\_\_\_, par le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce rapport est rédigé en ces termes :

“Chère C.\_\_\_\_\_,

Je te remercie de m'avoir adressé la patiente sus-nommée que je vois à ma consultation du 30.06.2020. Je ne vais pas revenir sur les antécédents traumatiques qui impliquent cette patiente, si ce n'est une chute survenue en 2016 sur son lieu de travail, alors qu'elle était aide-cuisinière à l'hôpital de [...]. Elle a glissé avec une réception sur le membre supérieur droit. Cela a entraîné une fracture au niveau de la main et des douleurs importantes de l'épaule droite. Depuis lors, la patiente a vu nombre de spécialistes, en orthopédie, spécialistes de l'épaule, même jusqu'à la consultation du Prof E.\_\_\_\_\_ au chuv en 2018, où le diagnostic d'un syndrome algique cervico-scapulo-thoracique du membre supérieur droit a été posé. Cette patiente, actuellement, garde une épaule extrêmement limitée, dans les mouvements, par les douleurs. Elle prend un nombre d'antalgique extrêmement important (Celebrex, Tramal, Codéine). Actuellement, les quelques soulagements qu'elle peut avoir dans sa vie sont les séances de physiothérapie, qu'elle a chez Mr X.\_\_\_\_\_, physiothérapeute à [...]. Les journées sont quand même relativement difficiles avec, selon les changements de temps, des douleurs beaucoup plus importantes au niveau de son membre supérieur droit.

A cela, se rajoute une problématique psychiatrique, qui est suivie actuellement par son psychiatre, le Dr V.\_\_\_\_\_.

Toutes les consultations que cette patiente a eues jusqu'à maintenant n'ont pas abouti à des propositions thérapeutiques évidentes, ce que je peux bien comprendre, au vu de l'importance des douleurs qu'elle présente et la chronicité de ces douleurs depuis 4 ans.

En ce qui concerne l'examen clinique du jour, la patiente présente une épaule qui est pratiquement figée. Elle a une abduction de 40°, une antépulsion d'à peine 40°, avec sentiment d'un bras « mort », comme elle le décrit clairement, chez une patiente qui est droitrière par ailleurs.

En ce qui me concerne, je suis quand même extrêmement surpris que cette patiente ne puisse pas bénéficier d'une rente AI, à 100%, car il me paraît bien entendu complètement impossible de reconnecter professionnellement cette patiente, au vu des douleurs qu'elle présente, au vu également des traitements antalgiques qu'elle présente. [...]”

Dans sa duplique du 20 août 2020, produisant un avis du 10 août précédant de la Dre H.\_\_\_\_\_, du SMR, auquel il se ralliait, l'OAI a

derechef conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. Il a en particulier réfuté l'allégation selon laquelle la recourante ne s'était pas sentie libre de s'exprimer au cours de l'expertise au G.\_\_\_\_\_ face à un interprète susceptible d'avoir un lien avec sa propre famille.

Par déterminations du 23 septembre 2020, la recourante a confirmé ses précédentes conclusions ainsi que sa requête de mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale par le tribunal.

### **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 compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. c LPGA) 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. a)** Dans un grief implicite, exprimé auprès de ses médecins-psychiatres traitants, la recourante indique ne pas avoir pu s'exprimer dans le cadre de l'expertise du G.\_\_\_\_\_, motif pris que sa famille et celle de l'interprète seraient voisins.

**b)** L'assuré peut soulever des objections de nature formelle ou matérielle contre la mise en œuvre d'une expertise. Les motifs formels sont ceux prévus par la loi, tels que déduits des art. 36 al. 1 LPGA, 10 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) ou 34 LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), applicables en procédure administrative fédérale, ainsi qu'en droit des assurances sociales. Il s'agit notamment d'un intérêt personnel de l'expert dans l'affaire, du fait pour l'expert d'avoir agi dans la cause à un autre titre (membre d'une autorité, conseil d'une partie, expert ou témoin), du fait d'être parent, dans un rapport d'amitié/d'inimitié particulier, etc. (cf. TF 8C\_146/2016 du 9 août 2016 consid. 2.2). Il convient de relever que dans tous les cas, l'assuré doit immédiatement faire part de ses objections sans attendre de saisir le juge d'un recours au fond pour critiquer la neutralité des experts (TF 2C\_1216/2013 du 27 mai 2014 consid. 6.4 ; 9C\_643/2007 du 16 juin 2008 consid. 2.2).

En l'espèce, c'est dans le cadre du droit à la récusation envers l'interprète fonctionnant aux côtés de l'expert (art. 44 LPGA) que la recourante, par son médecin traitant, fait valoir des critiques. En tant que la recourante invoque une répercussion de l'interprète sur ses déclarations durant l'expertise d'avril 2019, son grief est tardif. Selon les aspects rappelés ci-avant, elle aurait immédiatement dû s'en prévaloir devant l'expert. Il y a lieu de préciser qu'elle n'a pas soulevé de tels motifs de récusation, y compris dans ses écritures. Par conséquent, le grief relatif à l'interprète est tardif.

**c)** Dans le contexte d'examens médicaux nécessaires pour évaluer de manière fiable l'état de santé de l'assuré et ses répercussions éventuelles sur la capacité de travail, en particulier d'un examen psychiatrique, la meilleure compréhension possible entre l'expert et la personne assurée revêt une importance spécifique. Il n'existe cependant pas de droit inconditionnel à la réalisation d'un examen médical dans la langue maternelle de l'assuré ou à l'assistance d'un interprète. En définitive, il appartient à l'expert, dans le cadre de l'exécution soignée de son mandat, de décider si l'examen médical doit être effectué dans la

langue maternelle de l'assuré ou avec le concours d'un interprète. Le choix de l'interprète, ainsi que la question de savoir si, le cas échéant, certaines phases de l'instruction médicale doivent être exécutées en son absence pour des raisons objectives et personnelles, relèvent également de la décision de l'expert. Ce qui est décisif dans ce contexte, c'est l'importance de la mesure au regard de la prestation entrant en considération. Il en va ainsi de la pertinence et donc de la valeur probante de l'expertise en tant que fondement de la décision de l'administration, voire du juge. Les constatations de l'expert doivent dès lors être compréhensibles, sa description de la situation médicale doit être claire et ses conclusions motivées (TF 9C\_287/2012 du 18 septembre 2012 consid. 4.1; TFA I 245/00 du 30 décembre 2003, publié *in* VSI 2004 p. 144 consid. 4; TF 8C\_913/2010 du 18 avril 2011 consid. 3.3.1 et les arrêts cités).

En l'occurrence, la recourante n'explique pas concrètement en quoi la personne de l'interprète aurait pu influencer la compréhension de ses déclarations par l'expert. L'intéressée a demandé la présence d'une interprète mais elle n'a pas requis son aide durant tout l'entretien, dans la mesure où elle maîtrise très bien le français (expertise pp. 53 et 56). Par ailleurs, elle est décrite comme vive, tonique et enjouée ; elle sourit à plusieurs reprises, voire rit en fonction des sujets évoqués. Aucune fatigabilité ou ralentissement psychomoteur n'est objectivé (expertise p. 56). Elle a des capacités d'affirmation et interagit sans difficulté tant avec l'interprète qu'avec l'expert, et l'expert psychiatre n'a pas observé de limitation dans le contact (expertise p. 60).

Dans ces conditions, le seul fait que l'interprète a pour famille proche les voisins de la famille de la recourante, et pour autant qu'il soit avéré, n'a eu aucune répercussion sur la compréhension de ses déclarations par l'expert. Les constatations du rapport d'expertise bidisciplinaire du 30 avril 2019 sont compréhensibles et la description de la situation médicale claire. Du reste, ni la recourante, ni son médecin n'explicitent quels éléments, notamment anamnestiques, feraient une différence ou seraient à investiguer.

Mal fondé, le grief formel invoqué par la recourante doit être rejeté.

**3.** Sur le fond, la contestation porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'appréciation du degré d'invalidité propre à fonder cette prestation.

**4. a)** 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). 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)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**c)** 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).

**d)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**5. a)** En l'espèce, l'office intimé a refusé d'allouer une rente d'invalidité et de mettre en œuvre des mesures d'ordre professionnel au

motif que la recourante, 80 % active et 20 % ménagère, bénéficiait d'une capacité de travail entière dans son activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée, qu'elle ne présentait plus de limitations fonctionnelles depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2017, et qu'elle ne subissait en conséquence aucun préjudice économique.

De son côté, la recourante conteste son retour à une capacité de travail de 100 %. Rediscutant la valeur probante du rapport d'expertise bidisciplinaire du G.\_\_\_\_\_, elle fait grief à l'expert rhumatologue de s'être fondé sur le rapport d'examen du 28 octobre 2016 du Dr F.\_\_\_\_\_ au détriment de ses propres constatations cliniques qui ont mis en évidence des limitations du membre supérieur droit (mouvements combinés difficiles), des douleurs à la palpation de la région paravertébrale cervicale et du lombaire, et sans examen possible du port de charges. Elle se plaint de l'absence de prise en compte de l'ensemble des avis des médecins consultés depuis 2016, insistant sur la nécessité d'une expertise médicale complémentaire. Enfin, elle fait valoir que « les conclusions psychiatriques actuelles diffèrent totalement de celles de l'expertise du 30 avril 2019 » au motif qu'une dépression d'intensité forte contribue en partie aux douleurs et limitations fonctionnelles de son épaule droite.

**b) aa)** Sur le plan somatique, l'expert retient au titre de diagnostic incapacitant, plus exactement entraînant des limitations fonctionnelles, celui de syndrome douloureux chronique du membre supérieur droit d'origine indéterminée (M79.6). Ainsi, au moment d'apprécier la situation, sur le plan rhumatologique, il a notamment émis les considérations suivantes (rapport d'expertise p. 42 s.) :

“L'expertisée présente des douleurs et des troubles d[e] la sensibilité localisées à tout le MSD [membre supérieur droit] depuis un événement traumatique survenu en 2015 [recte : 2016]. Au status clinique, on ne retrouve pas d'atrophie musculaire de la ceinture scapulaire ni du MSD ; les ROT [réflexes ostéo-tendineux] sont présents et symétriques ; on signale l'absence de toute activation de l'ensemble de la musculature du MSD, et une mobilisation active et passive diminuées pour l'abduction et élévation de l'épaule droite, les autres amplitudes articulaires du MSD étant conservées ; il n'y a pas d'anomalie à l'examen du coude

ni de la main droite. Une arthro-IRM épaule D du 19.07.2016 montrait des discrets signes évocateurs d'un status après entorse acromio-claviculaire, probablement de grade II avec entorse du ligament coraco-claviculaire sans rupture, une tendinose du long chef du biceps à la hauteur de la poulie et du sous-scapulaire sans déchirure ; on n'a pas retrouvé de rupture tendineuse de la coiffe des rotateurs. Nous pouvons ainsi conclure que les données subjectives ne sont pas en corrélation avec le status clinique ni l'examen complémentaire effectué.

[...]

Mme possède des ressources qui lui permettent de préparer les repas, parfois avec l'aide de sa mère et de sa sœur. Il lui est difficile de couper les légumes.

Elle fait la vaisselle, passe la poussière, fait la lessive, utilisant une machine et un séchoir dans son appartement.

Elle nettoie les WC avec une pâte, sa mère et sa sœur l'aident.

Mme ne fait pas de repassage ; sa fille passe l'aspirateur. [...]"

Contrairement à ce qu'allègue la recourante, l'expert ne s'est pas basé uniquement sur les conclusions du Dr F.\_\_\_\_\_. Il a eu connaissance des rapports médicaux postérieurs, a recueilli les plaintes de la recourante (expertise p. 18) et procédé à un examen clinique (expertise p. 31 s.) pour finalement constater des limitations fonctionnelles identiques à celles déjà observées par le Dr F.\_\_\_\_\_. La référence à cet examen du 28 octobre 2016 permet en fait à l'expert de dater le retour à une capacité de travail dans une activité adaptée, étant rappelé que c'est bien le rôle de l'expert de mettre ses connaissances spécifiques à disposition de l'autorité judiciaire et d'apprécier rétroactivement la capacité de travail sur la base de rapports médicaux au dossier (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa). Pour le surplus, dans le cadre de son analyse, l'expert avait déclaré des rapports ultérieurs à l'année 2016 qu'ils ne contredisaient pas le retour à la capacité de travail telle qu'observée par le Dr F.\_\_\_\_\_.

Plus particulièrement, dans ses rapports successifs, le Dr Q.\_\_\_\_\_ décrit principalement les douleurs mais ne se prononce pas sur la capacité de travail. Ainsi, en décembre 2016 et janvier 2018, cet orthopédiste pose le diagnostic de décompensation algique cervico-scapulo-thoracique droite en proposant un traitement conservateur

énergique alliant de l'ostéopathie et une infiltration, voire une éventuelle prise en charge globale auprès d'un centre pluridisciplinaire.

Dans leur rapport du 25 avril 2017, le Professeur E. \_\_\_\_\_ et la Dre S. \_\_\_\_\_ concluent à une coiffe compétente à hauteur de l'épaule droite avec absence de troubles dégénératifs au niveau de l'acromio-claviculaire ou gléno-huméral, d'une capsulite ou d'une pathologie neurologique intercurrente. Ils diagnostiquent un syndrome douloureux chronique aspécifique en post-traumatique, finalement proche de celui de l'expert mais sans fournir d'indication sur la capacité de travail. Au terme de sa consultation de contrôle du 9 mars 2018, le Professeur N. \_\_\_\_\_ ne se prononce, à son tour, pas sur la capacité de travail en se limitant au constat du caractère adéquat de la prise en charge des douleurs d'épaule.

Le 26 janvier 2018, le Dr T. \_\_\_\_\_ ayant examiné l'assurée en date du 23 janvier 2018 a diagnostiqué un syndrome douloureux cervico-scapulo-brachio-antébrachial à droite sur contracture musculaire cervico-scapulaire post-traumatique qu'il qualifie d'aspect chronique. Ce médecin spécialiste ne se prononce pas sur la capacité de travail, ni ne mentionne d'éléments supplémentaires à ceux déjà retenus par le Dr Q. \_\_\_\_\_.

Le 29 janvier 2018, la Dre H. \_\_\_\_\_ mentionne une capacité immédiatement envisageable dans une activité adaptée, soit plus légère physiquement que l'activité habituelle d'aide de cuisine.

Aux termes de son rapport d'expertise de chirurgie orthopédique du 9 mars 2018, le Dr K. \_\_\_\_\_ conclut lui aussi à une pleine capacité de travail et ce depuis le 21 juin 2016 déjà, retenant que la guérison de l'épaule droite est acquise à cette date sans séquelles, la mention de la date du 30 novembre 2017 correspondant à celle de l'examen clinique et du rapport et a été retenue de manière erronée par l'intimé dans l'évaluation de la capacité de travail.

Les rapports de consultations d'antalgie des 25 octobre et 11 novembre 2019 du Dr Z. \_\_\_\_\_ ne sont d'aucune utilité pour apprécier la capacité de travail et l'évocation d'une simple contracture musculaire ne permet guère d'inférer une incapacité de travail.

Dans son rapport du 25 novembre 2019, la Dre C. \_\_\_\_\_, n'objective pas sur la base d'éléments concrets son constat d'une épaule incompétente pour l'exercice d'une activité d'aide de cuisine.

Le 3 juillet 2020, le Dr P. \_\_\_\_\_ décrit une épaule qui est pratiquement figée (avec abduction de 40° et antépulsion d'à peine 40°). Il lie cet état de l'épaule (sentiment d'un bras « mort » décrit par la recourante) aux douleurs persistantes malgré des antalgiques pris en quantité. Ce médecin ne fournit aucune indication quant à l'atteinte physique susceptible d'être à l'origine de ces douleurs et leur chronicité depuis plusieurs années, ni à ses conséquences en termes de limitations fonctionnelles et de capacité de travail.

Il ressort en particulier l'expression d'une attitude d'amplification, observée explicitement par les Drs F. \_\_\_\_\_ (rapport du 28 octobre 2016 p. 3) et K. \_\_\_\_\_ (rapport du 9 mars 2018 pp. 34 - 35), particularité qui se déduit également du rapport du Professeur N. \_\_\_\_\_ lequel mentionne un examen qui n'est pas du tout typique (rapport du 12 mars 2018 p. 1). En de telles circonstances et dans la mesure où il a été relevé certaines discordances avec amplification des symptômes au G. \_\_\_\_\_ (expertise pp. 56 et 59), il ne saurait être déduit de l'impossibilité de l'expert rhumatologue d'obtenir de l'assurée d'effectuer certains mouvements en raison de l'allégation de douleurs le constat que ces actions du membre supérieur droit sont effectivement irréalisables le jour de l'expertise (le 15 avril 2019) en raison d'une atteinte à la santé physique.

Dans son rapport complémentaire du 31 juillet 2019, l'expert rhumatologue retient la fin de l'incapacité de travail dans l'activité habituelle au 30 novembre 2017, en se référant au rapport du Dr

K.\_\_\_\_\_. Cette évaluation est partagée ensuite par la Dre H.\_\_\_\_\_. (cf. avis du 29 août 2019 du SMR). Il leur échappe toutefois totalement que le Dr K.\_\_\_\_\_ fixe, pour sa part, la date de reprise de l'activité habituelle au 21 juin 2016 – et non le jour de son examen.

Sur le plan somatique et malgré l'atteinte qu'elle présente, il y a lieu de retenir que la recourante dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pour rappel, éviter le port de charges de plus de cinq kilos avec le membre supérieur droit et tous les métiers impliquant une mobilité de l'épaule droite au-delà de l'horizontale) depuis octobre 2016 à tout le moins, ceci sur la base des constatations cliniques du Dr F.\_\_\_\_\_, lesquelles ne sont pas contredites par les appréciations médicales ultérieures.

**bb)** Sur le plan psychiatrique, l'experte ne retient aucun diagnostic incapacitant et écarte en particulier celui de trouble somatoforme douloureux. Ainsi, a-t-elle notamment retenu ce qui suit (expertise p. 56 s.) :

“A l'examen clinique de ce jour, Madame est ponctuelle. Son hygiène et son habillement sont soignés.

Madame est vive, tonique et enjouée ; à plusieurs reprises elle sourit, voire rit en fonction des sujets évoqués.

Aucune fatigabilité ou ralentissement psychomoteur n'est objectivé.

Madame répond rapidement aux questions. Bien qu'elle ait requis la présence d'une interprète, Madame s'exprime dans un très bon français et ne fait pas appel à l'interprète.

Durant l'entretien, Madame épargne son membre supérieur droit ; toutefois lorsqu'elle est dans la salle d'attente, ne se sentant pas observée, Madame mobilise normalement son bras droit et n'a par ailleurs aucune difficulté à me serrer la main lorsque nous nous saluons.

Dans les éléments florides de la lignée dépressive sont évoqués une humeur dépressive (non objectivée, Madame est enjouée et souriante), un manque d'énergie (non objectivé, Madame est vive et tonique), des troubles du sommeil fluctuants dus aux douleurs, une vision négative des perspectives d'avenir (toutefois Madame évoque un projet de vacances cet été au Maroc) et une difficulté à soutenir son attention et à se concentrer (non objectivée, Madame répond rapidement et n'a aucune difficulté à évoquer son anamnèse).

On ne relève pas de perte d'intérêt ou de plaisir à des activités habituellement agréables, Madame apprécie voir ses amies, ses deux sœurs et sa cousine avec qui elle dit tout partager (faire des courses en leur compagnie en France, discuter, faire les boutiques et passer du temps avec ses enfants).

La confiance en soi est maintenue, Madame se décrit comme « *une personne pas mal* » et son entourage la considère comme « *une personne bien* ». On ne relève pas de manque d'appétit, ni de perte pondérale, mais au contraire une prise pondérale. Aucun sentiment de culpabilité et de dévalorisation n'est mis en évidence. Madame ne présente pas d'idéation suicidaire. Contrairement à ce qui est évoqué dans le rapport de la Dre I. \_\_\_\_\_ (idéation suicidaire en 2016), interrogée à ce sujet, Mme D. \_\_\_\_\_ dit n'avoir jamais eu d'idéation suicidaire.

Au vu de ce qui précède, les symptômes évoqués par l'expertisée sont insuffisants pour retenir un épisode dépressif léger, voire une dysthymie ; ceci est confirmé par un score de 10 points à l'échelle de dépression de Hamilton (Dépression légère : 14-19 points. Dépression moyenne : 20-26 points. Dépression sévère : plus de 26 points).

La recherche pour une anxiété, des attaques de panique, un état de stress post-traumatique, un trouble affectif bipolaire ou une psychose, est négative.

On ne relève pas de détresse émotionnelle majeure (Madame est souriante et tonique), raison pour laquelle un syndrome douloureux somatoforme persistant est écarté.

Quant à la personnalité, on ne relève pas de déviation grave de la pensée, de conflit relationnel à répétition, de prise de substances addictives ou de troubles des conduites, ceci permettant d'exclure un éventuel trouble de personnalité.

Quant aux taux sériques de trazodone et de duloxétine réalisés le jour de l'expertise, les taux correspondent aux doses prescrites. A relever que Madame n'a pas pris de duloxétine le jour de l'expertise, sans qu'elle ne puisse nous en expliquer la raison.

Quant aux antalgiques, Madame affirme prendre quatre comprimés de paracétamol 1 g par jour ; le taux sérique de Paracétamol® effectué le jour de l'expertise montre des valeurs dans les normes. D'après les indications de Ada Kolman, [www.acutetox.eu/pdf\\_human\\_short/1-Acetaminophen\\_revised.pdf](http://www.acutetox.eu/pdf_human_short/1-Acetaminophen_revised.pdf) les valeurs retrouvée[s], chez Mme (10.3 mg/l) correspondant à des concentrations thérapeutiques, qui sont de 5 à 20 mg/l.

A l'examen clinique, je ne retiens aucun diagnostic."

Aussi, en l'absence de diagnostic psychiatrique incapacitant, une appréciation en fonction de la grille d'évaluation normative et

structurée selon l'ATF 141 V 281 (cf. consid. 4b supra) n'a pas à être effectuée (TF 9C\_176/2018 du 16 août 2018, consid. 3.2.2).

Certes, dans son rapport du 16 décembre 2017, la Dre I.\_\_\_\_\_ retient, avec effet sur la capacité de travail, un trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse et dépressive (F43.22). Elle évoque surtout des symptômes dépressifs (une thymie triste, des plaintes, un sentiment de méfiance exacerbé, des troubles du sommeil avec ruminations fréquentes, une anhédonie ainsi qu'une nette diminution de la sociabilité depuis son licenciement) comme cause de diminution du rendement d'« au moins 50% ». Il n'existe toutefois pas de limitation psychique. L'experte, pour sa part, ne retrouve pas de symptômes anxieux et dépressifs majeurs (expertise p. 58), ceux évoqués par l'explorée étant insuffisants pour retenir un épisode dépressif léger, voire une dysthymie, ce que confirme un score de 10 à l'échelle de dépression de Hamilton. Elle n'exclut pas le diagnostic retenu par la psychiatre traitant mais précise que « des troubles de l'adaptation ne peuvent justifier d'un arrêt de plusieurs mois » (expertise p. 60), ce qui n'est pas contredit par sa consœur qui réserve une amélioration.

Quant au rapport du 17 juin 2020 du Dr V.\_\_\_\_\_, il ne pose aucun diagnostic selon les règles de l'art en référence à la codification internationale, soit la classification internationale des maladies, 10<sup>e</sup> révision (CIM-10), ou le système de codification utilisé dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4<sup>e</sup> édition (DSM-IV-TR). Outre qu'ils sont évoqués pour la première fois, les symptômes d'allure psychotique délirants décompensés sont mentionnés sans autre descriptif clinique. Par ailleurs, le psychiatre ne fait pas mention de critères objectifs à la faveur d'un éventuel diagnostic de trouble dépressif et ne se risque pas plus à une évaluation de la capacité de travail.

**c)** Finalement, à l'échéance du délai d'attente légal d'une année (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI), soit le 14 avril 2017, l'exercice d'une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles est raisonnablement exigible de la recourante, à 100 % de sa part active de

80 %, et ce depuis le 29 octobre 2016 au moins. Une comparaison du revenu sans invalidité avec un revenu réalisable dans des activités industrielles légères n'exigeant pas de qualification particulière, a montré un degré d'invalidité de 5,7 % sur la part active. Pour la part ménagère de 20 %, c'est à juste titre que l'OAI a estimé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place une enquête au regard de ces conclusions. En fin de compte, le refus des prestations, dont la rente d'invalidité, est fondé.

**6.** Le dossier est complet, permettant à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît ainsi inutile et la requête formulée en ce sens par la recourante dans ses écritures – soit la réalisation d'une expertise médicale judiciaire – doit être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; ATF 130 II 425 consid. 2).

**7. a)** Mal fondé, le recours doit par conséquent être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable en vertu de l'art. 83 LPGA), la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

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

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 16 décembre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de D.\_\_\_\_\_.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Claude-Alain Boillat (pour D. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :