

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 septembre 2020

---

Composition : M. PIGUET, président  
M. Métral et Mme Berberat, juges  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**H.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 s., 17 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 87 al. 2 et 3  
RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** H. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2009, en tant que responsable d'équipe dans le montage pour le compte de la société J. \_\_\_\_\_ SA, à [...]. Dans le contexte du développement d'une algoneurodystrophie étendue à la main droite à environ trois semaines d'une intervention (à savoir une plastie tendineuse du coude droit par lambeau de rallongement, résection partielle de l'insertion des tendons ECRBL/B, dénervation péri-épicondylienne et augmentation de la suture tendineuse par du plasma autologue centrifugé [PRP] pratiquée le 3 février 2014 par le Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur), l'assurée a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 19 juin 2014.

Après avoir recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins consultés (rapports des 22 octobre 2014 et 12 décembre 2014 du Professeur A. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-chef du service d'orthopédie et traumatologie au CHUV ; rapport du 23 juillet 2015 du Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en médecine du sport) et soumis le dossier au Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité (avis du 15 janvier 2016), la demande de prestations de l'assurée a abouti à l'allocation d'une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> février au 31 mai 2015, puis d'un quart de rente du 1<sup>er</sup> juin au 31 juillet 2015 (décision du 15 décembre 2016).

**B.** Le 17 janvier 2018, H. \_\_\_\_\_ a, à l'invitation de son assureur perte gain, N. \_\_\_\_\_ SA, déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité.

A l'arrêt de travail depuis le 14 août 2017 à des taux variables de 50 à 100 %, elle a été licenciée par l'employeur au 31 mai 2018. Joint par téléphone le 18 juin 2018, ce dernier a expliqué à l'OAI qu'il n'avait

pas constaté de baisse de rendement mais que de régulières absences de l'intéressée en raison de son état de santé avaient impliqué une réorganisation interne avec un licenciement inéluctable.

Dans un rapport du 26 juin 2018 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), le Dr C.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics incapacitants de raideurs sévères (coude et épaule droits) et amyotrophie (épaule droite) secondaires à une cure chirurgicale d'épicondylite droite le 3 février 2014 compliquée d'un CRPS de type I. La capacité de travail de l'assurée était évaluée à 50 % dans toute activité depuis le 16 septembre 2017, sans amélioration à attendre. Les limitations fonctionnelles étaient une mobilité réduite du coude droit entraînant une importante dysbalance de la ceinture cervico-scapulaire avec gêne dans les activités quotidiennes. En annexe à ce rapport, figuraient notamment les pièces suivantes :

- un compte rendu du 23 avril 2017 d'une évaluation effectuée le 27 mars 2017 par W.\_\_\_\_\_, ergothérapeute, indiquant que les limitations fonctionnelles étaient principalement dues à la raideur sévère du coude droit, mais également aux compensations au niveau de l'épaule droite engendrant de fortes douleurs. Selon cet intervenant, il restait un petit potentiel d'optimisation de la symptomatologie douloureuse en améliorant les compensations des déficits, et non plus en cherchant à améliorer la fonction du membre supérieur droit ;

- un rapport du 2 novembre 2017 consécutif à une consultation du 17 octobre 2017, aux termes duquel le Dr D.\_\_\_\_\_ évoquait un tableau d'aggravation des douleurs habituelles post-CRPS à l'été 2017, susceptible de traduire également une récurrence de la maladie ;

- un rapport de consultation du 19 avril 2018, aux termes duquel le Dr D.\_\_\_\_\_ faisait état, malgré les thérapies suivies (séances de physiothérapie et d'ergothérapie) avec des exercices à domicile, d'un ressenti douloureux et des limitations fonctionnelles inchangés, sans proposition thérapeutique à formuler hormis la poursuite de la physiothérapie et de l'ergothérapie.

Le 4 juillet 2018, l'assurée a produit un rapport établi le 25 avril 2018, dans lequel le Dr D.\_\_\_\_\_ a répondu comme suit aux questions adressées par le représentant de l'assurée :

*1. Quels sont les diagnostics présentés par la patiente ?*

Madame H.\_\_\_\_\_ présente des cervico-brachalgies droites chroniques avec :

- Séquelles de CRPS type I du membre supérieur droit avec notamment une raideur et un blocage articulaire sévère au niveau de l'épaule droite et du coude droit.
- Déconditionnement physique avec des raideurs et amyotrophies musculaires.
- Discopathie C6/C7 au niveau cervical.
- Status post-cure d'épicondylite droite chirurgicale le 03.02.2014 impliquant une résection de l'insertion des extenseurs du poignet, une dénervation péri-épicondylienne et plastie tendineuse d'allongement associée à une injection de PRP.

La patiente présente également un épisode dépressif léger réactionnel, ainsi qu'une hypothyroïdie substituée suite à une thyroïdectomie réalisée en 2005.

*2. Avez-vous constaté une amélioration ou au contraire une péjoration du status clinique de la patiente depuis votre précédente prise en charge en 2015 ?*

Par rapport à 2015, le status clinique est comparable. Ce qui s'est aggravé depuis l'été 2017, c'est la symptomatologie douloureuse, qui a quand même une répercussion sur ses capacités fonctionnelles du membre supérieur droit qui étaient déjà restreintes.

*3. Dans la continuation de la question précédente, êtes-vous en mesure d'indiquer s'il s'agit d'une situation actuellement stabilisée ? La situation des troubles présentés par la patiente est-elle susceptible de s'améliorer ? ou au contraire faut-il plutôt s'attendre à une stabilisation ou à une aggravation ?*

A mon avis, la situation est stabilisée. Normalement, il n'y aura pas d'amélioration, ni détérioration sur le plan fonctionnel.

*4. Quelle a été, respectivement, l'impact de l'atteinte à la santé de la patiente dans l'accomplissement de ses tâches quotidiennes, telle que se vêtir, se laver ou s'alimenter ? Quelle en a été l'évolution ?*

Madame H.\_\_\_\_\_, à la suite de son opération a fait plusieurs, voire d'innombrables séances d'ergothérapie et de physiothérapie avec un progrès significatif sur le plan fonctionnel, concernant surtout les amplitudes articulaires et l'utilisation du MSD [membre supérieur droit] dans les actes de la vie quotidienne. Par la suite, une stagnation des progrès en termes de fonctions articulaires et musculaires, ainsi que dans la réalisation de certaines activités de la vie quotidienne est objectivée.

*5. Est-ce que la patiente serait en mesure de se passer de toute aide d'autrui dans l'accomplissement de ses tâches quotidiennes ? Dans la négative, pour quels motifs ?*

A mon avis, Madame H.\_\_\_\_\_ présente des limitations fonctionnelles du membre supérieur droit sévères qui ne peuvent pas être compensées - en tout cas entièrement - par des moyens auxiliaires et nécessitent l'aide d'une tierce personne.

*6. Moyens auxiliaires :*

Pour tous les moyens auxiliaires proposés, dans les fiches que vous m'avez adressées, j'estime que d'un côté, ils ne sont probablement pas adaptés pour Madame H.\_\_\_\_\_, car par exemple les outils pour l'alimentation sont plutôt destinés aux patients avec déformations de la main dues par exemple à une polyarthrite rhumatoïde, déformations que Madame H.\_\_\_\_\_ ne présente pas, et surtout en raison que la patiente présente des douleurs et des déficits de la motricité fine qui empêchent leur utilisation. Par exemple, les soutien-gorge adaptés sont bien sûr plus faciles à manipuler que les soutien[s]-gorge classiques, mais cependant exigent une combinaison de rotation de l'épaule, flexion du coude et des manipulations fines de la main, que Madame H.\_\_\_\_\_ ne sera pas capable probablement d'effectuer au quotidien en raison de sa symptomatologie douloureuse.

Aux termes d'un rapport du 13 juillet 2018 à l'intention de l'OAI, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a diagnostiqué un épisode dépressif moyen (F32.10) qu'il qualifiait de secondaire aux atteintes à la santé physique, traité (Cipralax®, Trittico® et Temesta® en réserve), et sans limitations fonctionnelles. Ce médecin évaluait la capacité résiduelle de travail de l'assurée à 50 %.

Par communication du 19 juillet 2018, l'OAI a informé l'assurée que des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas envisageables compte tenu de son état de santé et de son refus d'une mesure d'intervention précoce.

Le 29 novembre 2018, le représentant de l'assurée a produit les réponses du Dr C.\_\_\_\_\_ à un questionnaire du 7 juin 2018. En l'absence d'amélioration attendue, avec des limitations fonctionnelles causant toujours d'importantes dysbalances cervico-scapulaires susceptibles de s'aggraver, ce médecin a estimé la capacité résiduelle de travail de l'assurée à 50 %.

Dans un rapport du 30 avril 2019, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a répondu comme suit aux questions adressées par l'OAI :

1. *Quels sont les diagnostics précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ? Depuis quand ?*

CRPS I avec raideur sévère + amyotrophie de l'épaule droite depuis le : 2015

Raideur sévère du coude droit séquellaire d'une cure d'épicondylite depuis le : 2015.

2. *Quels sont l'anamnèse et le status correspondants ?*

Limitations fonctionnelles sévères du coude et de l'épaule droites occasionnant une fatigabilité, des contractures et douleurs cervico-scapulo-brachiales avec exacerbation fréquente.

Au status : *cervical* : rotation droite limitée occasionnant des douleurs cervico-scapulaires, douleurs et contractures des trapèzes et levator scapula.

*Epaule droite* : élévation antérieure et abduction limitée à 80°. A la rotation interne, main dans le dos impossible.

*Coude* : flexum à 90°.

3. *Quels sont les traitements actuels et la compliance à ces derniers ?*

Physiothérapie avec une excellente compliance.

4. *Quelles sont les limitations fonctionnelles à prendre en compte ?*

Mobilité très réduite du coude droit occasionnant une dysbalance cervico-scapulaire droite. Ceci limite fortement l'utilisation de son bras droit et provoque rapidement des douleurs. Les AVQ [activités de la vie quotidienne] et tâches ménagères sont ralenties et limitées. Port de charge non réalisable. Les activités sollicitant son membre supérieur droit ne peuvent être réalisées.

5. *Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle (sur un 100%) ?*

*Depuis quand ?*

20% depuis le 23.03.19

6. *Quelle est la capacité de travail exigible dans une activité adaptée ? Depuis quand ?*

20% depuis le 23.03.19

*Si la capacité de travail n'est pas entière, merci de nous en préciser les raisons :*

Une activité, même administrative, ne peut être réalisée à 100% sans provoquer d'exacerbation de ses douleurs. Une baisse à 20 % a dû transitoirement être réalisée en mars en espérant pouvoir remonter à 50 %.

7. *Peut-on s'attendre à une amélioration de la capacité de travail ?*

Oui, à partir d[e] juin 2019 à 50 % (à réévaluer).

et par quels moyens (mesures professionnelles, traitement, etc) ?  
Physiothérapie

Mauvais pronostic - une reprise à 100% serait probablement impossible.

*8. Quels sont les dates et les taux précis des incapacités de travail attestées jusqu'ici ?*

du 01.12.2018 au 31.01.2019 à 50%

du 01.02.2019 au 30.03.2019 à 50%

du 29.03.2019 au 27.04.2019 à 80%

du 28.04.2019 au 30.06.2019 à 80%

*9. Autres remarques :*

-

L'OAI a soumis les pièces recueillies au SMR. Dans son avis du 22 août 2019, le Dr F. \_\_\_\_\_ a fait le point de la situation comme suit :

Assurée de 44 ans, mariée deux enfants, portugaise en Suisse depuis mars [...]. Elle a une formation de fleuriste mais a surtout travaillé dans l'industrie des dispositifs médicaux, d'abord comme cheffe d'équipe de production depuis 2007 [recte : 2009] puis comme formatrice depuis 2016. Elle dépose une première demande le 19.06.2014 pour une épicondylite rebelle droite. Celle-ci sera opérée et suivi d'une neuro-algodystrophie. L'assurée bénéficiera d'un poste aménagé au sein de l'entreprise, plus administratif. Elle prendra son nouveau poste avec une CT [capacité de travail] de 80%. L'AI accorde une demi rente du 01.02.2015 au 31.05.2015 (invalidité de 50%) puis un quart de rente (invalidité de 40%) du 01.06 au 31.07.2015.

Le 27.10.2016, l'assurée fait une demande API [allocation pour impotent] pour les mêmes lésions. L'enquête a lieu le 22.06.2017 et conclut à une absence de nécessité d'aide pour chacun des actes ordinaires de la vie et à une absence de nécessité d'accompagnement. Le projet de décision est contesté mais maintenu pour aboutir à un rejet en date du 27.02.2018. L'assurée forme un recours que le TCA [Tribunal cantonal] rejette par son jugement du 22.02.2019.

Entretemps, l'assurée a déposé une nouvelle demande le 17.01.2018 pour les mêmes lésions au sujet de laquelle nous sommes interrogés. Elle est en IT [incapacité de travail] depuis le 14.08.2017 à 100% puis à 50% à partir du 16.09.2017. Les RM [rapports médicaux] évoquent plutôt un bilan de cervicalgies avec une IRM du 28.08.2017 montrant une protrusion discale médiane C6-C7 sans conflit radiculaire et un électromyogramme le 08.09.2017 sans anomalie. Le RM du 08.09.2017 du Dr C. \_\_\_\_\_, médecin traitant évoque des amplitudes articulaires non modifiées récemment. Elle est licenciée en raison d'absences régulières. L'employeur estime qu'il n'y a pas eu de baisse de rendement. L'IRM du coude droit du 22.12.2017 montre une absence de lésion articulaire et d'œdème osseux. L'assurée est hospitalisée du 15 au 23.01.2018 en service de réhabilitation. Les lésions sont stables mais il existe un léger état dépressif réactionnel. L'assurée refuse tout traitement antidépresseur. Le RM du Dr C. \_\_\_\_\_ du 26.06.2018 évoque une situation stable depuis 2 ans avec des

exacerbations douloureuses qui limitent les CT à 50 %. Le Dr P. \_\_\_\_\_ (n.d.l.r. : comprendre le Dr P. \_\_\_\_\_), psychiatre, atteste le 13.07.2018 d'un épisode dépressif moyen traité par cipralex et tritico. Il n'y a pas de LF [limitations fonctionnelles] sur le plan psychologique mais il est la CT à 50 %. Le 02.05 [recte : 30.04].2019 le Dr K. \_\_\_\_\_, médecin traitant, estime la CT à 20% tout en décrivant les lésions et LF [limitations fonctionnelles] connues. Dans son RM du 29.05 [recte : 30.04].2019, il signale qu'il n'y a pas d'évolution depuis 2015. Il estime la CT à 50% avec des pauses et les LF sont celles déjà connues.

L'ensemble des rapports médicaux souligne la stabilité des lésions du coude droit. Les seules modifications par rapport à la situation médicale ayant motivé la rente provisoire sont l'apparition de cervicalgies et d'un état dépressif réactionnel. Concernant les cervicalgies, l'IRM montre une petite protrusion discale sans conflit radiculaire et l'EMG est normal. Elles n'ont donc pas un caractère incapacitant. Le psychiatre évoque de lui-même l'absence de LF et de retentissement sur la CT de la dépression qualifiée tantôt de légère, tantôt de moyenne. Quant à la genèse de l'IT, les conditions de travail sont largement évoquées. L'employeur n'a pour sa part pas retenu une baisse de rendement contrairement à l'impression de l'assurée.

En conclusion, il n'y a pas d'aggravation des lésions et des LF connues ni d'apparition de nouvelles lésions incapacitantes. Les baisses de CT estimées par les médecins traitant[s] résultent d'une appréciation différente d'une même situation.

Par projet de décision du 25 novembre 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa nouvelle demande de prestations, au motif que la capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée retenue pour la suppression du droit aux prestations lors de la précédente demande restait de mise en l'absence d'aggravation des lésions et des limitations fonctionnelles connues et de nouvelles lésions incapacitantes. Quant aux baisses de la capacité de travail annoncées par les médecins traitants, elles se comprenaient comme une appréciation distincte d'une même situation.

Les 11 décembre 2019 et 6 janvier 2020, l'assurée, par son représentant, a contesté ce projet. Affirmant être en mesure de travailler à un taux de 50 % au maximum, elle a produit un rapport du 28 novembre 2019 rédigé par le Dr K. \_\_\_\_\_. On extrait ce qui suit du rapport du médecin traitant :

L'atteinte du poignet et du coude est stable depuis 2016. Les changements notables sont l'apparition de douleurs cervicales ainsi qu'à l'épaule droite, consécutifs à une compensation de [c]es régions en raison de l'utilisation du bras droit. Ceci crée des contractures musculaires de la région cervico-scapulaire engendrant des douleurs pouvant être invalidantes par instant. Une nouvelle IRM a été réalisée en mai 2019 et n'a pas montré d'évolution des hernies discales et n'expliquerait pas la symptomatologie douloureuse de la patiente.

Il existe donc un syndrome douloureux régional complexe post-cure d'épicondylite du coude gauche [recte : droit] compliqué par une raideur articulaire sévère. A nouveau, ce syndrome impacte la région cervico-scapulaire, sans atteinte structurelle, ostéo-articulaire ou neurologique. En raison de ces douleurs caractérisées, chroniques et incapacitantes, une composante psychologique est associée et majore le syndrome douloureux.

L'évolution est fluctuante, mais des douleurs persistent et limitent le fonctionnement quotidien de Mme H.\_\_\_\_\_. Le port de charge est limité. Le travail à hauteur des épaules et au-dessus de la tête est par conséquent impossible. Actuellement, les douleurs sont stables à droite, mais des douleurs de la région cervicale gauche apparaissent de manière spontanée.

Les limitations fonctionnelles demeurent et son inchangées. La patiente paraît de plus en plus limitée en raison des douleurs. On estime sa durée de travail à 2h/j, si elle reste en position assise, et à 4h/j en observant des pauses régulières et une alternance des positions.

Dans un nouvel avis du 31 janvier 2020, le SMR, par la voix du Dr F.\_\_\_\_\_, a confirmé l'absence d'aggravation objective des lésions et des limitations fonctionnelles connues et l'apparition de nouvelles atteintes incapacitantes. L'abaissement de la capacité de travail de 80 à 50 % retenue par les médecins traitants de l'assurée reposait sur une péjoration des douleurs « par définition non objective », en l'absence de dégradation de l'état de santé de l'assurée depuis la décision précédente.

Par décision du 6 février 2020, l'OAI a confirmé la teneur de son projet de décision et, partant, rejeté la nouvelle demande de prestations de l'assurée.

**C.**           **a)** Par acte du 10 mars 2020, H.\_\_\_\_\_, représentée par Me David Métille, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours contre la décision rendue le 6 février 2020 par l'OAI, concluant à la réforme de cette décision en ce sens qu'elle a droit à trois quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> juillet 2018. Subsidiairement, elle a conclu à

l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à l'OAI afin qu'il complète l'instruction en procédant à une expertise médicale « destinée à confirmer l'aggravation des lésions et des limitations fonctionnelles de la recourante » dans le sens des considérants. En substance, elle a reproché à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical. Invoquant les avis de ses médecins traitants, elle a soutenu présenter une capacité résiduelle de travail de 50 % au maximum qui, après comparaison des revenus, lui ouvrirait le droit à trois quarts de rente depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2018.

**b)** Dans sa réponse du 27 mai 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée.

**c)** Dans sa réplique du 2 juillet 2020, l'assurée a persisté dans ses précédentes conclusions. Elle a maintenu être confrontée à une situation « où il lui est bien plus compliqué de se servir de [son membre supérieur droit] sévèrement atteint suite à l'intervention médicale du 3 février 2014, cet usage s'étant avéré bien plus restreint à partir de l'année 2017, voire 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.** L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

**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).

Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins

donne droit à trois quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

**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)** Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

**e)** 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).

**f)** 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).

**4. a)** L'intimé a refusé d'allouer une rente d'invalidité au motif que la recourante présenterait des atteintes à la santé et des limitations fonctionnelles identiques à celles retenues lors de la précédente demande

de prestations, lesquelles justifiaient tout au plus une incapacité de travail de 20 %. Se fondant sur les rapports de ses médecins traitants, la recourante conteste disposer d'une capacité résiduelle de travail à 80 %.

**b)** Au moment où l'intimé a, par décision du 15 décembre 2016, mis un terme aux prestations avec effet au 31 juillet 2015, la recourante présentait, d'après le rapport établi le 23 juillet 2015 par le Dr D.\_\_\_\_\_, un syndrome douloureux régional complexe de type I du membre supérieur droit avec raideur sévère et amyotrophie importante au niveau de l'épaule droite et raideur sévère au niveau du coude droit ; le pronostic par rapport à une récupération complète du membre supérieur droit du point de vue fonctionnel était réservé. Le Dr D.\_\_\_\_\_ relevait que la recourante avait repris le travail à temps partiel (80 %) dans un poste adapté depuis le 14 décembre 2014. Après avoir consulté le SMR (avis du 15 janvier 2016), l'intimé a retenu que la recourante disposait d'une capacité de travail de 80 % depuis le 27 avril 2015.

**c)** Sur la base des pièces versées au dossier, il convient de constater qu'une aggravation de l'état de santé est alléguée à compter de l'été 2017.

**aa)** Sur le plan somatique, singulièrement rhumatologique, force est d'admettre que la situation clinique et diagnostique n'a pas véritablement évolué. Dans son rapport du 25 avril 2018, le Dr D.\_\_\_\_\_ faisait état, au titre des diagnostics, de séquelles d'un syndrome douloureux régional complexe de type I du membre supérieur droit avec notamment une raideur et un blocage articulaire sévère au niveau de l'épaule droite et du coude droit, d'un déconditionnement physique avec des raideurs et amyotrophies musculaires, ainsi que d'une discopathie C6/C7 au niveau cervical ; le Dr D.\_\_\_\_\_ écrivait que « par rapport à 2015, le status clinique est comparable » et que la situation était stabilisée, sans perspective d'amélioration ou de détérioration sur le plan fonctionnel. Cette analyse de la situation n'a pas été contredite par les rapports contemporains des autres médecins consultés par la recourante (les Drs C.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_), ni par le SMR dans ses avis successifs. Il y a lieu de relever toutefois que les Drs C.\_\_\_\_\_ (rapports des 8

septembre 2017, 17 octobre 2017 et 26 juin 2018) et K.\_\_\_\_\_ (rapports des 30 avril 2019 et 28 novembre 2019) ont indiqué que la recourante, pour pouvoir réaliser certains mouvements et activités, devait compenser ses limitations par des positions et des mouvements non physiologiques de la ceinture cervico-scapulaire, ce qui engendrait une importante dysbalance de l'axe cervico-scapulaire et se traduisait par des douleurs aiguës et inflammatoires pouvant irradier dans le membre supérieur droit (voir également le rapport établi le 23 avril 2017 par W.\_\_\_\_\_, ergothérapeute). Or le SMR, dans ses avis des 22 août 2019 et 31 janvier 2020, ne prend pas position sur la problématique évoquée par les médecins traitants de la recourante, se contentant d'une simple analyse de l'imagerie médicale.

**bb)** Sur le plan psychiatrique, le Dr P.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, faisait état, dans son rapport du 13 juillet 2018, d'un épisode dépressif moyen, secondaire aux atteintes à la santé physique, traité par Cipralex® et Trittico®, lequel ne justifiait aucune limitation au niveau psychologique. Cela étant, il n'y a pas lieu de procéder à des investigations sur le plan psychiatrique, le tableau psychique présenté par la recourante ne le justifiant pas.

**d)** En l'absence d'une appréciation médicale examinant la problématique rhumatologique dans sa globalité, l'instruction doit être complétée. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'office intimé, autorité à qui il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'il mette en œuvre une expertise rhumatologique conforme aux exigences découlant de l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur la demande de la recourante.

**5. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée la cause étant renvoyée à l'office intimé pour

complément d’instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

**b)** En dérogation à l’art. 61 let. a 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 l’office intimé, 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 2’800 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 admis.

- II.** La décision rendue le 6 février 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.
  
- 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 H. \_\_\_\_\_ une indemnité de 2'800 fr. (deux mille huit cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me David Métille (pour H. \_\_\_\_\_),
- 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 :