

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 mai 2021

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mme Berberat et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Tagliani

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6, 7, 8, 16, 17 LPGA ; 8, 28 LAI ; 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], de nationalité [...], arrivée en Suisse en 1974, au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C), séparée, mère de trois enfants majeures, sans formation professionnelle, était employée comme aide-infirmière/veilleuse de nuit par S. _____ à la Clinique S. _____ à [...]. Elle y travaillait depuis 1989, hormis une interruption en 2006-2007 pour des raisons familiales, et après laquelle son taux d'occupation était de 80 %.

Selon une déclaration d'accident bagatelle signée par l'employeur, l'assurée a été victime d'une chute sur son lieu de travail, la nuit du 13 au 14 décembre 2015. À la faveur des relevés de pointage de l'employeur, l'assurée était en arrêt de travail pour cause d'accident les 13, 14 et 15 décembre, puis pour cause de maladie du 16 décembre au 17 janvier 2016, ensuite de quoi elle a été en mesure de reprendre son activité.

L'assurée a rempli un formulaire de détection précoce de l'assurance-invalidité le 23 décembre 2016, dans lequel elle a indiqué qu'elle était en incapacité de travail à 100 % depuis le 16 septembre 2016, en raison d'un accident professionnel, de problèmes digestifs et d'un problème à l'épaule droite. Elle a en outre écrit qu'elle souffrait d'une tendinite du coude et de problèmes dentaires. Lors d'un entretien à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 25 janvier 2017, l'assurée a expliqué qu'elle allait prochainement subir une opération de l'épaule droite. Compte tenu de la nature de son emploi et de l'opération à venir, le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI l'a orientée vers une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Par demande formelle déposée le 7 février 2017 auprès de l'OAI, l'assurée a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une rupture transfixiante du tendon sus-épineux de l'épaule

droite, indiquant que l'atteinte existait depuis 2012 environ et que son activité professionnelle aggravait ses douleurs.

Le 28 février 2017, l'assurée a subi une intervention chirurgicale pratiquée sur son épaule par le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, visant la réparation du tendon sus-épineux et comprenant une synovectomie partielle, une ténotomie du long chef du biceps et une acromioplastie par arthroscopie.

L'OAI a recueilli un rapport auprès du médecin traitant de l'assurée, le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale et oncologie médicale, qui suivait l'assurée depuis la fin de l'année 2013. Dans son rapport du 3 mars 2017, ce médecin a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de déchirure transfixiante du tendon sus-épineux de l'épaule droite depuis septembre 2016. Il a également retenu comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail un reflux gastro-œsophagien, une stéatose hépatique, des troubles dégénératifs du rachis, une épicondylite du coude droit en septembre 2016, ainsi que des troubles de l'adaptation en avril 2016. Le Dr D._____ a précisé que les douleurs à l'épaule et au coude droits étaient apparus au début de l'année 2016 à la suite du déplacement d'une charge lourde par l'assurée. Son pronostic était favorable et le médecin considérait que l'assurée pourrait reprendre progressivement son activité selon l'évolution clinique post-opératoire. Les limitations actuelles concernaient la mobilisation de l'épaule droite, qui pouvaient être réduites par des mesures médicales, en l'occurrence la prise d'antalgiques et la physiothérapie. Le Dr D._____ estimait que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle « probablement d'ici avril 2017 ».

En date du 7 mars 2017, l'assureur-maladie [...] a transmis à l'OAI des certificats médicaux au sujet de l'assurée. Ainsi, figurent au dossier des certificats du Dr D._____ attestant l'incapacité de travail de l'assurée dès le 16 septembre 2016 à 100 %, puis dès le 6 octobre 2016 à 50 %, jusqu'au 2 janvier 2017 inclus. Le Dr R._____ attestait une

incapacité de travail de 100 % du 8 décembre 2016 au 28 février 2017, date de l'opération, ensuite de laquelle il prévoyait une incapacité totale de travail de quatre à six mois.

Par courrier du 3 avril 2017, S._____ a résilié le contrat de travail de l'assurée au 31 juillet 2017, en raison de ses absences de longue durée.

Le 27 avril 2017, le Dr R._____ a transmis un rapport de consultation au Dr D._____, au sein duquel il indiquait que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était objectivement et subjectivement favorable, huit semaines après l'opération de l'épaule. Il préconisait de continuer la physiothérapie et attestait l'incapacité de travail de l'assurée.

L'OAI a recueilli un rapport d'employeur auprès de S._____, lequel a communiqué, le 20 juin 2017, une rémunération mensuelle de 4'086 fr. dès le 1^{er} avril 2014 pour une activité d'aide-infirmière de 33,6 heures par semaine. L'horaire de travail hebdomadaire à temps plein dans l'entreprise correspondait à 42 heures.

Par communication du 29 juin 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation n'était envisageable, car elle avait clairement indiqué ne pas vouloir la mise en œuvre de telles mesures. L'assurée avait expliqué ne pas se projeter dans un avenir professionnel, qui dépendrait selon elle de l'évolution de la guérison de son bras droit. Elle a réitéré cette explication par courrier du 22 juillet 2017, précisant qu'elle était dans l'incapacité de faire part à l'OAI de ses futures capacités, qu'elle suivait un traitement de physiothérapie et qu'elle progressait « gentiment ».

Sur recommandation du Service médical régional (ci-après : le SMR), le Dr R._____ a été interpellé à nouveau s'agissant de l'évolution de l'état de santé de l'assurée. Ce médecin a répondu à l'OAI le 23 avril 2018 que l'évolution au dernier contrôle, le 15 janvier 2018, était

objectivement et subjectivement favorable. Au sujet de la capacité de travail de l'assurée, le Dr R. _____ a indiqué :

« La patiente peut reprendre à 100 % dans un travail adapté, c'est-à-dire sans port de charges de plus de 3 kg et sans travaux au-dessus de l'horizontale, autant dire que son métier d'infirmière ne convient pas.

[...]

Arrêt de travail à 100 % depuis le 28 février 2017. Reprise à 100 % depuis le 4 décembre 2017 dans un travail adapté ».

Dans un rapport du 17 mai 2018, le SMR a considéré que la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, au vu des certificats médicaux, était entière depuis le 4 décembre 2017.

Par projet de décision du 30 novembre 2018, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui allouer une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, pour la période limitée du 1^{er} septembre 2017 au 31 mars 2018. Son incapacité de travail ayant débuté en septembre 2016, le droit à la rente naissait une année plus tard, en septembre 2017, date à laquelle elle présentait encore une incapacité totale de travail. À compter du mois de décembre 2017, l'assurée avait recouvré une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Le degré d'invalidité s'élevait alors à 15,91 %, degré qui n'ouvrait pas le droit à rente, raison pour laquelle ce dernier s'éteignait trois mois plus tard, soit le 31 mars 2018. Le manque à gagner durable de l'assurée n'atteignant pas 20 %, elle n'avait pas le droit à des mesures professionnelles.

L'assurée a fait savoir à l'OAI le 31 décembre 2018 qu'elle ne comprenait pas le contenu du projet de décision. L'OAI a pris contact téléphoniquement avec elle, afin de lui expliquer le projet de décision et de lui indiquer qu'elle pouvait le contester jusqu'au 29 janvier 2018 [recte : 2019]. L'assurée a contesté le projet de décision par écriture du 10 janvier 2019, exposant que les informations à disposition de l'OAI n'étaient pas à jour. Elle a indiqué être désormais suivie par le Dr P. _____, spécialiste en rhumatologie, ainsi que par la Dre G. _____,

spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et Mme J._____, psychologue et psychothérapeute. L'assurée a joint à son envoi un certificat du Dr D._____, daté du 28 novembre 2018, attestant son incapacité de travail du 1^{er} novembre 2018 au 15 janvier 2019.

À la demande de l'OAI, la Dre G._____, et Mme J._____, ont établi un rapport daté du 7 mars 2019. Elles ont indiqué que le suivi hebdomadaire de l'assurée par leur cabinet avait débuté le 10 octobre 2018. L'assurée présentait une incapacité totale de travail depuis le 1^{er} novembre 2018, qui était toujours en cours. Au titre de situation et symptômes médicaux actuels, le rapport faisait état de ce qui suit (sic) :

« Madame M._____ est atteinte d'un trouble dépressif moyen survenu suite à un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. La patiente souffre d'un trouble de la concentration comme de la mémoire, qu'accompagne de la fatigue, ce qui l'empêche d'accomplir normalement ses activités quotidiennes, toute en induisant un retrait social important. Nous relevons de l'apragmatisme, de l'irritabilité, de la tristesse, un sentiment de dévalorisation, de colère, de pessimisme et de l'anhédonie. L'assurée souffre d'une situation psychosociale difficile (fatigabilité émotionnelle marquée, suite à une situation très conflictuelle au travail qui se dégrade jusqu'au point d'être licenciée, fin 2017). Diminuée dans ses capacités d'actions suite à l'opération à l'épaule droite, Mme dit avoir récupéré une mobilité très réduite et souffrir des fortes douleurs. Madame M._____ subit en outre des fortes migraines depuis l'âge de 15 ans ainsi que des problèmes d'ordre digestif, plus, depuis des années, des douleurs lombaires. Cet ensemble constitue déjà un contexte préexistant de somatisations. »

Comme diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de l'assurée, la Dre G._____, et Mme J._____, ont retenu un « épisode dépressif moyen suite à un trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, dans le cadre de problèmes ostéoarticulaires et conflit au travail » (F32.1) ainsi qu'un « trouble somatoforme, syndrome douloureux somatoforme persistant » (F45.4). Le pronostic était défavorable au vu de la rapide péjoration de l'état de santé de l'assurée depuis la fin de l'année 2017. Le rapport listait comme limitations fonctionnelles liées à la dépression un manque d'entrain, des problèmes de concentration, de planification et d'attention affectant la mémoire de travail, des problèmes thymiques, de capacité de flexibilité, d'adaptation, d'endurance, d'affirmation, en sus de facteurs physiques liés aux douleurs

et difficultés de mobilisation de l'épaule droite. L'assurée disposait de ressources limitées, en raison de son absence de formation professionnelle, de ses connaissances linguistiques restreintes et de son milieu et réseau social peu développés. Elle disposait de relations familiales d'entraide, ce qui constituait un bon appui, dans un cadre cependant très restreint. Elle était en outre très limitée dans l'accomplissement de ses tâches ménagères.

Par avis médical du 6 mai 2019, le SMR a considéré que l'assurée présentait d'une part une atteinte de l'épaule droite avec incapacité de travail depuis le mois de septembre 2016 jusqu'au mois de décembre 2017, date à laquelle elle présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée, et d'autre part de manière évidente un épisode dépressif, mais que son caractère incapacitant de longue durée n'était pas clairement établi, dans un contexte d'éventuel trouble somatoforme persistant. Suivant l'avis du SMR, l'OAI a diligenté une expertise médicale pluridisciplinaire de l'assurée, sur les plans de la médecine interne, de la rhumatologie et de la psychiatrie. Cette expertise a été confiée au H. _____ (ci-après : le H. _____) par mandat du 4 juillet 2019. L'assurée a été examinée, auprès du H. _____, les 27, 28 et 29 août 2019, respectivement par les Drs N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, F. _____, médecin praticien, et K. _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie. Ces derniers ont communiqué leur rapport le 13 novembre 2019. Leur évaluation consensuelle du cas a mis en évidence un épisode dépressif réactionnel léger avec syndrome somatique, un syndrome douloureux somatoforme persistant F 45.4 en tout cas depuis un an, des douleurs persistantes de l'épaule droite après suture de la coiffe des rotateurs, principalement le sus-épineux, des lombalgies chroniques communes, et une suspicion de syndrome d'apnées obstructives du sommeil. Ils n'ont pas retenu de trouble de la personnalité.

Les experts ont notamment exposé les éléments suivants dans leur rapport consensuel :

« L'assurée est actuellement principalement symptomatique au niveau de l'épaule droite, où persistent des douleurs suite à l'intervention chirurgicale de suture arthroscopique de la coiffe des rotateurs en février 2017. L'examen clinique de ce jour est rassurant, atteste d'une coiffe des rotateurs continente d'une part et d'une absence d'amyotrophie d'autre part. L'examen radiologique standard fait ce jour est dans les limites normales : rapports anatomiques conservés, absence de calcification et de modelé arthrosique.

Les lombalgies chroniques qu'elle présentait déjà auparavant depuis début 2016 ont été traitée [sic] par différents moyens thérapeutiques, la physiothérapie, les exercices de renforcement musculaire et également un essai d'infiltration au niveau du rachis en janvier 2019 qui n'a pas apporté d'amélioration notable. Toutefois, les douleurs lombaires sont nettement moins intenses que les douleurs de l'épaule droite.

Concernant les lombalgies, les douleurs sont modérées, décrites comme peu invalidantes dans les activités de la vie quotidienne, surtout depuis que l'assurée n'a plus d'activité professionnelle. À nouveau, l'examen clinique est rassurant avec une mobilité normale et des douleurs uniquement à la palpation des épineuses mais sans contracture musculaire avérée. L'examen neurologique des membres inférieurs atteste également de l'absence d'atteinte radiculaire en relation avec les lombalgies. Les radiographies standard ne montrent que de discrets signes dégénératifs, avec une discopathie L1-L2 et une arthrose facettaire de L1 à L4 principalement.

Par ailleurs, l'examen clinique montre 12 points de fibromyalgie sur 18. Les douleurs persistantes de l'épaule droite ainsi que les douleurs lombaires chroniques s'inscrivent donc dans le cadre d'une fibromyalgie. En effet, il y a absence d'atteinte organique que ce soit au niveau de l'épaule droite ou au niveau lombaire. Généralement, la fibromyalgie se présente avec un tableau de douleurs généralisées et migratrices, mais parfois, la fibromyalgie peut aussi s'exprimer par un tableau de douleurs plus localisées, aux endroits récemment opérés, comme c'est le cas chez cette patiente.

La fibromyalgie n'est pas une affection incapacitante en soi, mais dans le contexte de cette assurée, la fibromyalgie a impliqué progressivement un désentraînement à l'effort et au travail en raison de la longue incapacité de travail.

Il serait donc impératif de proposer un réentraînement à l'effort dans un premier temps par un programme ciblé sur la fibromyalgie, comme il en existe dans les établissements universitaires, par exemple, puis de procéder à une réinsertion professionnelle progressive après avoir redonné confiance à la patiente sur ses possibilités physiques.

Malgré l'existence de troubles psychiques familiaux en rapport avec les troubles politiques vécus au [...], l'expertisée ne déclare pas d'antécédents psychiatriques avant l'épisode actuel. Malgré les nombreuses hospitalisations de sa mère, en raison de différents problèmes de santé physique, l'expertisée ne rapporte pas de

troubles psychiques, de perturbation de son développement psychomoteur ou psychoaffectif jusqu'à l'âge de 13-14 ans. En outre, elle ne rapporte pas d'événement traumatique durant cette période. La scolarité s'est également déroulée sans difficulté particulière. Après la fuite de son pays, l'adaptation en Suisse a été difficile à cause des problèmes linguistiques, mais elle n'a cependant pas été suivie d'autres troubles psychiques ou de perturbation supplémentaire du développement psychoaffectif. L'expertisée a pu s'investir professionnellement dans des missions temporaires en parallèle de sa vie familiale et de ses responsabilités de parent. Depuis 1989, elle a également réussi à s'inscrire durablement dans une activité professionnelle comme aide-soignante. En outre, elle rapporte des relations interpersonnelles harmonieuses tant sur le plan privé que professionnel. Ainsi, notre évaluation ne retrouve aucun argument en faveur de critères généraux compatibles avec des troubles de la personnalité. Seul l'investissement important de la relation avec sa fille aînée, la réaction de l'expertisée face à sa maladie cancéreuse pourraient évoquer une dimension dépendante de la personnalité sans que cela n'atteigne un seuil pathologique, compte tenu de son histoire personnelle et des éléments déjà décrits ci-dessus. Ainsi, nous ne retiendrons pas de troubles de la personnalité.

Depuis environ 2013, l'expertisée rencontre des tensions professionnelles, suivies secondairement de tensions conjugales jusqu'à la séparation en 2014. En incapacité de travail dès le 16.09.2016 pour des raisons physiques, à la suite d'un accident de travail, l'atteinte somatique représente un facteur de stress supplémentaire. En avril 2016, le médecin traitant évoque déjà un trouble de l'adaptation. Selon l'expertisée, le licenciement a conduit à l'apparition des premiers symptômes psychiques réactionnels. L'état psychique se serait par la suite dégradé vers un épisode dépressif jugé d'intensité moyenne par le Dr G._____ et la psychologue, J._____. Un syndrome douloureux somatoforme persistant est également retenu. L'expertisée bénéficie alors d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique depuis octobre 2018 et d'un traitement de Cipralex 10 mg par jour. Toutefois, l'expertisée n'a été évaluée qu'à une reprise par le psychiatre alors que les rendez-vous psychothérapeutiques sont hebdomadaires. Selon l'expertisée, l'évolution est favorable, en particulier durant la période de février à mai 2019. L'annonce du cancer de sa fille a conduit à une aggravation dépressive, raison pour laquelle la psychologue lui a proposé une augmentation du traitement antidépresseur refusée par l'expertisée en raison de sa peur de se trouver incapable de gérer les traitements de son petit-fils.

Malgré l'aggravation mentionnée par l'expertisée, celle-ci parvient tout de même à assumer les activités de la vie quotidienne principalement limitée par l'atteinte de son membre supérieur droit. Elle se trouve également capable de s'occuper de ses petits-enfants, de sortir se promener trois fois par jour à raison d'une heure à chaque reprise avec son chien, de s'en occuper ou encore de faire de la couture. In fine, elle précise que la perte de confiance et les troubles de la mémoire viennent compliquer la situation somatique.

Notre évaluation confirme un épisode dépressif réactionnel actuellement d'intensité légère d'un point de vue objectif, en décalage avec l'anamnèse.

L'évaluation somatique ne confirme pas l'origine organique de certaines douleurs dont se plaint l'expertisée, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme est retenu, car il existe un facteur émotionnel et un contexte psychosocial perturbé.

[...]

4.5 Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Les ressources de l'expertisée sont moyennes. L'expertisée n'a jamais pu suivre une formation professionnelle en raison des difficultés linguistiques lors de son arrivée en Suisse. Elle a toutefois pu s'intégrer dans un groupe professionnel maintenant une activité professionnelle dans le même domaine sur de nombreuses années avant l'apparition de tensions depuis l'année 2013 environ. L'expertisée a pu, tout de même, élever trois enfants, soutenir sa fille aînée dans la situation difficile liée au handicap de son petit-fils, qu'elle soutient toujours à l'heure actuelle, notamment depuis la mise en place d'un traitement anticancéreux de sa fille. Remarquons également que la capacité d'introspection est moyenne. Les connaissances linguistiques de l'expertisée sont bien suffisantes même si l'expertisée n'a pas suivi de cours spécifiques.

Sont préservées :

- L'aptitude à la communication.
- La capacité à respecter un cadre.
- La capacité de prise de décision et de jugement.
- La capacité d'autonomie dans les activités quotidiennes.

Sont partiellement et temporairement diminuées :

- La capacité d'adaptation et de flexibilité psychique.
- La capacité d'organisation.
- La capacité d'endurance.
- Les capacités relationnelles.

Le réseau social est bien fourni, jugé suffisant par l'expertisée elle-même. Les ressources externes sont donc préservées.

4.6 Contrôle de cohérence

Une incohérence concerne l'existence d'une fatigue symptôme subjectif, elle n'a présenté aucun bâillement ni signe d'hypovigilance lors de l'expertise, de même l'indice de Karnofsky et le score OMS peuvent être considérés comme normaux. [I] n'y a pas d'exagération manifeste mais plutôt une tendance à des phénomènes d'autolimitation (probablement inconscients), ce qui est courant chez les patients fibromyalgiques.

Nous observons une divergence entre les symptômes psychiques décrits et l'observation objective médicale. L'expertisée souffre surtout d'une atteinte psychique réactionnelle. D'autre part, nous ne retrouvons pas d'atteinte uniforme dans tous les domaines de la vie

du point de vue psychique. Les activités quotidiennes sont surtout réduites par l'atteinte du membre supérieur gauche. Les déclarations concernant les activités de la vie quotidienne diffèrent selon les évaluations.

Relevons que le psychiatre ne retient, non plus, pas de trouble de la personnalité, décrit également l'apparition d'un trouble psychique réactionnel allant en s'aggravant en parallèle d'un trouble douloureux somatoforme. De ce point de vue, nous retrouvons une cohérence entre son appréciation et la nôtre. Toutefois, nous constatons objectivement une amélioration de l'épisode dépressif. »

Selon les experts, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée comme dans une activité habituelle. En particulier, l'expert rhumatologue retenait une incapacité totale de travail en relation avec les douleurs et l'opération de l'épaule droite, de septembre 2016 à août 2017. L'expert psychiatre retenait pour sa part des incapacités de travail transitoires du mois d'octobre 2018 à celui de février 2019, en raison d'un épisode dépressif moyen. L'épisode dépressif était réactionnel et pouvait entrer en rémission complète par des adaptations thérapeutiques qui étaient exigibles, compte tenu de l'absence de facteurs médicaux pouvant justifier une résistance au traitement. Le syndrome douloureux somatoforme n'était pas envahissant et l'assurée disposait de ressources suffisantes pour y faire face. En outre, l'adaptation du traitement psychotrope pouvait avoir un effet favorable sur le syndrome douloureux.

Au sujet du rapport d'expertise, le SMR s'est positionné comme suit dans un avis médical du 2 décembre 2019 :

« Nous avons alors demandé une expertise pluridisciplinaire avec volets rhumatologique, psychiatrique, médecine interne (voir avis SMR du 6.05.2019) rendue le 19.11.2019. Celle-ci conclut après une analyse complète du dossier, une anamnèse prenant en compte les plaintes de l'assurée, un examen clinique détaillé aux **diagnostics** non incapacitants de : épisode dépressif réactionnel léger avec syndrome somatique, syndrome douloureux somatoforme persistant TSD dans un contexte de fibromyalgie avec douleurs persistantes de l'épaule D [réd. : droite] après suture de la coiffe des rotateurs et des lombalgies chroniques.

-Sur le *plan psychiatrique* le trouble dépressif est réactionnel dans le contexte de différents facteurs de stress successifs : tensions professionnelles puis conjugales (séparation 2014), atteinte somatique en 2016, son licenciement en 2017 puis l'annonce du cancer de sa fille en juin 2019. L'intensité est moyenne depuis octobre 2018, l'évolution est favorable mais aggravation à l'annonce

du cancer de sa fille, elle refuse de modifier son traitement, l'évaluation actuelle ne confirme qu'un épisode d'intensité légère (rémission attendue si augmentation/modification du traitement antidépresseur). Le TSD est manifeste depuis en tout cas 1 an. Il n'y a pas de trouble de la personnalité, et on ne retrouve pas d'atteinte uniforme dans tous les domaines de la vie.

-Sur le plan *rhumatologique* les plaintes sont principalement les douleurs de l'épaule D puis les lombalgies. L'examen clinique est rassurant, ainsi que les examens radiologiques (discrets troubles dégénératifs lombaires). Ces douleurs s'inscrivent dans le cadre d'une fibromyalgie (12/18 points), non incapacitante. Il ne reconnaît donc aucune IT [réd. : incapacité de travail] de longue durée mais estime qu'au regard du désentraînement, un réentraînement musculaire global (programme multidisciplinaire) serait utile avec reprise progressive ensuite de sa CT [réd. : capacité de travail].

-Sur le plan de la *médecine interne* aucune atteinte n'est relevée mais il signale qu'un bilan type polysomnographie devrait être effectuée [sic] (somnolence diurne, ronchopathie) afin de rechercher un éventuel syndrome d'apnée du sommeil (qui ne serait pas incapacitant)

Il est conclu à une CT entière dans son activité habituelle, moyennant une IT transitoire depuis septembre 2016 à fin août 2017 suite à la prise en charge de son atteinte de l'épaule D puis d'octobre 2018 à février 2019 en raison d'un épisode dépressif moyen. Il n'y a pas de LF [réd. : limitations fonctionnelles] retenues. Les ressources sont moyennes. Elle parvient à assumer les activités de la vie quotidienne : ménage/courses à son rythme, les repas, sort en promenade plusieurs fois par jours, s'occupe de son petit-fils (avec handicap), de son chien, regarde la TV, part en vacances.

Conclusion :

Cette expertise répond aux critères de qualité actuellement requis. Il n'y a donc pas d'atteintes durablement incapacitantes, les douleurs de l'épaule persistantes ainsi que les lombalgies chroniques s'inscrivent dans sa fibromyalgie elle-même non incapacitante (examens clinique et radiologique rassurants, épisode dépressif léger non incapacitant, pas de trouble de la personnalité, présence de ressources, activités quotidiennes conservées...), sans LF retenues. On peut admettre des IT transitoires (depuis septembre 2016 à fin août 2017 suite à la prise en charge de son atteinte de l'épaule D puis d'octobre 2018 à février 2019 en raison d'un épisode dépressif moyen). Au regard du désentraînement il est proposé la mise en œuvre d'un réentraînement musculaire (en unité pluridisciplinaire) et une reprise progressive ; à cet effet nous proposons qu'une copie de l'expertise soit transmise au médecin traitant (qui prendra aussi note des propositions thérapeutiques psychiatrique et du bilan pneumologique) ».

Par courrier du 16 décembre 2019, faisant partie intégrante de la décision à intervenir, l'OAI a pris position sur la contestation de l'assurée. Il a estimé que la contestation n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position, au regard des constatations des experts mandatés, qu'il considérait comme pleinement probantes. Selon l'OAI, les experts avaient retenu que l'atteinte à la santé

somatique de l'assurée contre-indiquait l'exercice de son activité habituelle d'aide-infirmière/veilleuse. En revanche, dans une activité adaptée, soit évitant le port de charges de plus de 3 kg et les travaux au-dessus de l'horizontale, elle conservait une capacité de travail entière depuis le mois de décembre 2017. Sur le plan psychiatrique, les experts admettaient une incapacité de travail totale durant la période d'octobre 2018 à février 2019, période inférieure à une année, de sorte que le droit à la rente n'était pas ouvert.

Par décision formelle du 21 février 2020, conforme au projet de décision, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2017 au 31 mars 2018.

B. M. _____ a déféré la décision précitée auprès de l'OAI par recours du 31 mars 2020. Elle a implicitement conclu à l'annulation de la décision entreprise, ainsi qu'à la mise en œuvre d'une seconde expertise. La recourante a exposé à l'appui de son recours que les rapports d'expertise ne respectaient pas la réalité « de son vécu passé et actuel » et qu'elle ne se reconnaissait pas dans les descriptions relatives à ses difficultés et douleurs. Elle a de plus argué que l'avis de son médecin traitant contredisait celui des experts. Par courrier du 2 avril 2020, l'OAI a transmis l'acte de recours à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal comme objet de sa compétence.

L'OAI a répondu au recours le 9 juin 2020. Il a conclu à son rejet et au maintien de sa décision du 21 février 2020. Il s'est référé à la teneur de l'expertise du H. _____, qu'il considérait comme probante. L'OAI a souligné que la capacité de travail de la recourante était entière depuis le mois de décembre 2017, dans une activité adaptée. Les experts semblaient également considérer que l'activité habituelle était exigible, ils recommandaient cependant un réentraînement musculaire et une reprise progressive. Par ailleurs, la période d'incapacité subséquente liée à l'atteinte de la recourante sur le plan psychiatrique n'avait pas ouvert de droit à une rente, compte tenu de sa durée inférieure à une année.

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, le recours a été déposé en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires pascales (art. 1 de l'ordonnance fédérale du 20 mars 2020 sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus [COVID-19] ; RS 173.110.4) et en vertu du principe d'observation du délai en cas de saisine d'une autorité incompétente (art. 39 al. 2 cum 60 al. 1 et 2 LPGA). Le recours a été présenté devant le tribunal compétent, après transmission par l'intimé (art. 30 LPGA et 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

c) Selon l'art. 93 let. a LPA-VD, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, composée de trois magistrats (art. 94 al. 4 LPA-VD) est compétente pour statuer.

2. Le litige a pour objet le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement son droit à une rente au-delà du 31 mars 2018.

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, applicable dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, conformément à l'art. 83 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

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) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si le recourant ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d).

Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité d'accomplir les travaux habituels a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

d) 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).

e) 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).

f) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre,

lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références citées).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

4. a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette

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

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

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

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

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré

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

5. En l'espèce, l'OAI s'est basé principalement sur le rapport du Dr R._____ établi le 23 avril 2018, ainsi que sur l'expertise pluridisciplinaire diligentée par le H._____ en août 2019. La recourante ne formule pas de critique s'agissant des personnes des experts ou du déroulement des entretiens d'expertise. Elle conteste l'appréciation des experts, mais ne remet pas en cause les diagnostics et appréciations des différents autres médecins intervenus dans son dossier. Elle argue que les rapports de son médecin traitant entrent en contradiction avec le rapport d'expertise, sans préciser de quel médecin traitant il s'agit et en ne produisant aucun rapport médical à l'appui de ses allégations.

a) S'agissant tout d'abord de la valeur probante du rapport d'expertise, force est de constater que celle-ci est entière, compte tenu de ce qui suit. Les experts ont établi l'anamnèse complète de la recourante,

depuis son enfance au [...], des points de vue personnel, familial, professionnel et médical. Ils ont étudié et détaillé les pièces médicales à leur disposition et procédé chacun à un examen personnel de la recourante. En sus, des examens de laboratoire (*monitoring* médicamenteux et examen sanguin), radiologiques (radiographies de la colonne lombo-sacrée et de l'épaule droite) et de médecine générale (échelle de somnolence d'Epworth) ont été diligentés. Chaque expert a listé les plaintes rapportées par la recourante et décrit sa journée-type, qui diverge d'ailleurs légèrement à chaque entretien. Les séances se sont déroulées en langue française, étant précisé que la recourante maîtrise suffisamment cette langue et qu'aucun autre intervenant au dossier n'a dû recourir aux services d'un interprète. Les ressources et difficultés de la recourante, ainsi qu'une évaluation de la cohérence, figurent dans les rapports individuels. Les éléments décisifs ont été repris au sein de l'évaluation consensuelle, qui a eu lieu après la tenue d'une conférence de consensus. Le rapport d'expertise remplit les réquisits jurisprudentiels rappelés ci-avant (consid. 3e et 3f).

b) Sur le plan somatique, les diagnostics posés par les experts sont largement superposables avec ceux retenus par les différents médecins consultés par la recourante. La recourante a souffert d'une déchirure transfixiante du tendon sus-épineux de l'épaule droite, depuis le mois de septembre 2016, qui a fait l'objet d'une intervention chirurgicale réparatrice. L'évolution de l'atteinte après l'opération a été objectivement et subjectivement favorable. Les Dr D._____, R._____ et les experts s'accordent sur ces points. Les Drs D._____ et P._____ ont tous deux considéré que la recourante pourrait reprendre une activité professionnelle à la suite de l'opération de l'épaule. Le Dr R._____ a attesté la capacité de travail entière de la recourante dans une activité adaptée dès le 4 décembre 2017, après avoir reçu la recourante en consultation le 15 janvier 2018. Son appréciation a été jugée comme probante et reprise par le SMR (cf. rapports des 17 mai 2018 et 6 mai 2019). Les atteintes supplémentaires à la santé physique de la recourante, soit ses lombalgies chroniques, sa stéatose hépatique et son reflux gastro-

œsophagien, ont été considérées comme n'ayant pas d'effet sur sa capacité de travail par le Dr D._____, dans son rapport du 3 mars 2017.

Quant au rapport d'expertise, celui-ci fait état sur le plan somatique des mêmes diagnostics et plaintes que ceux posés par les médecins traitants de la recourante. Les experts ont également retenu une suspicion de syndrome d'apnées obstructives du sommeil, qui ne serait pas incapacitant mais pourrait entraîner une diminution de rendement de l'ordre de 10 % tout au plus. L'experte rhumatologue a rapporté que les lombalgies n'étaient pas incapacitantes et ne l'avaient jamais été, selon la recourante. La Dre K._____ a été en mesure de constater objectivement la véracité de cette appréciation, à l'aide des examens clinique et neurologique ainsi que des radiographies de la colonne qu'elle a effectués. S'agissant de l'épaule droite, l'examen clinique diligenté par la Dre K._____ était rassurant, attestait d'une coiffe des rotateurs continente et d'une absence d'amyotrophie. L'examen radiographique était dans la normale, sans calcification ou modelé arthrosique. Les constatations de médecine générale du Dr F._____ n'ont pas davantage mis en lumière de diagnostic incapacitant lié à l'épaule ou au rachis de la recourante.

Les critiques de la recourante apparaissent ainsi infondées, son état de santé physique, singulièrement rhumatologique, ayant été analysé exhaustivement par plusieurs spécialistes. Les avis des médecins traitants de la recourante ne contredisent en outre pas celui des experts sur ce plan.

c) S'agissant des plans psychosomatique et psychiatrique, il existe *a priori* une certaine contradiction entre les positions de la Dre G._____ et de Mme J._____, et celle des experts. Il est à relever que c'est précisément l'atteinte psychiatrique attestée par la Dre G._____ et Mme J._____ qui a conduit à la mise en œuvre de l'expertise pluridisciplinaire, afin de faire la lumière sur la capacité de travail de la recourante de manière objective, du point de vue psychiatrique notamment.

aa) Le 3 mars 2017 déjà, le Dr D. _____ avait signalé que la recourante avait souffert d'un trouble de l'adaptation en avril 2016, qu'il considérait ne plus avoir d'effet sur sa capacité de travail. L'on constate effectivement un arrêt de travail pour cause de maladie à cette période-là sur les fiches de pointage de l'employeur. Jusqu'à la transmission à l'intimé du certificat de sa médecin psychiatre daté du 7 mars 2019, la recourante n'avait pas fait état dans ses correspondances et entretiens avec l'OAI de ses difficultés sur le plan psychiatrique comme motifs de son incapacité de travail. Cette incapacité de travail liée aux facteurs psychiatriques a d'ailleurs débuté, selon le certificat médical, le 1^{er} novembre 2018, étant précisé que les diagnostics d'épisode dépressif moyen et de trouble somatoforme douloureux sont attestés dès le 15 octobre 2018. Au contraire du diagnostic d'épisode dépressif, le rapport n'étaye pas le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. La Dre G. _____ et Mme J. _____ ont indiqué sommairement que la situation psychosociale de la recourante était difficile et qu'elles constataient un contexte préexistant de somatisations.

bb) L'expert psychiatre a rapporté que la recourante considérait que sa dépression s'était améliorée dès février 2019, avant d'empirer à nouveau en juin 2019, après l'annonce d'un cancer de l'une de ses filles. L'examen du Dr N. _____ l'a amené à retenir un épisode dépressif réactionnel léger avec syndrome somatique. Il a notamment noté que la recourante avait mentionné une absence d'intérêt mais que son énergie vitale et ses plaisirs n'étaient que modérément diminués. Elle manifestait en outre l'envie d'effectuer des activités avec ses petits-enfants, ce qui permettait de retenir une diminution plutôt qu'une absence d'intérêt. Hormis quelques épisodes de perturbation émotionnelle transitoire, les fonctions supérieures étaient toutes préservées, de même que l'humeur. L'expert a retenu un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) depuis un an en tout cas, notamment car la recourante se plaignait de douleurs qui ne pouvaient être expliquées organiquement. Il précisait : « Malgré le diagnostic de fibromyalgie, il est raisonnable de retenir un syndrome douloureux somatoforme puisqu'il existe un facteur

émotionnel et un contexte psychosocial perturbé. [...] L'absence de comportement douloureux, l'absence d'attitude démonstrative, évoque un envahissement peu important du syndrome douloureux ». La journée type de la recourante révélait qu'elle était capable de s'occuper de ses petits-enfants, sortir se promener trois fois par jour avec son chien, à raison d'une heure environ à chaque reprise, et de faire de la couture.

L'expert a précisément pris en compte le rapport de la Dr G._____ et de Mme J._____, et a expliqué les raisons pour lesquelles il s'en écartait, de manière convaincante. La recourante n'avait consulté la médecin psychiatre qu'à une reprise au moment de l'expertise, le suivi ayant été confié à la psychologue, Mme J._____. La recourante elle-même rapportait une rémission de son épisode dépressif durant plusieurs mois. Ainsi, la conclusion de l'expert quant au degré de l'épisode dépressif de la recourante convainc, étant précisé que son appréciation est du reste globalement similaire à celle de la Dre G._____ et de Mme J._____, s'agissant du principe du diagnostic d'épisode dépressif réactionnel à un trouble de l'adaptation et du trouble somatoforme douloureux.

cc) S'agissant plus particulièrement des diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant (ci-après : TSD) et/ou de fibromyalgie, il peut paraître malaisé, à la lumière du rapport d'expertise, de déterminer lequel de ces diagnostics est retenu par les experts. En effet, le Dr N._____ expose qu'il retient celui de TSD en plus de celui de fibromyalgie. La Dre K._____ a observé douze points de fibromyalgie sur dix-huit et considéré que les douleurs persistantes de l'épaule droite et du rachis lombaire s'inscrivaient dans ce cadre. La fibromyalgie de la recourante se présentait par un tableau de douleurs localisées, à un endroit récemment opéré, ce qui pouvait parfois être le cas. L'experte considérait qu'un réentraînement musculaire global et à l'effort avant la réinsertion professionnelle de la recourante était impératif.

L'évaluation consensuelle mentionne la fibromyalgie, ainsi que la nécessité de mettre en place un réentraînement musculaire et à l'effort,

sans que cette affection ne soit reprise dans la liste des diagnostics, où l'on retrouve toutefois celui du syndrome douloureux somatoforme persistant.

Il convient de rappeler que le Tribunal fédéral a considéré qu'il se justifiait sous l'angle juridique, en l'état des connaissances médicales, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux à l'appréciation du caractère invalidant d'une fibromyalgie, vu les nombreux points communs entre ces troubles. Dès lors que les facteurs psychosomatiques avaient une influence décisive sur le développement d'une telle maladie, le concours d'un médecin spécialisé en psychiatrie était donc indispensable pour en poser le diagnostic (ATF 132 V 65 consid. 4).

Il apparaît par conséquent que l'impact de la fibromyalgie diagnostiquée auprès de la recourante, ou du trouble somatoforme douloureux, doit être de toute façon évalué au moyen de la grille d'indicateurs exposée au consid. 4 *supra* et que les résultats des investigations conduites par les spécialistes en psychiatrie sont déterminants pour ce type de pathologie.

En l'occurrence, le Dr N. _____ a dûment motivé ses diagnostics et listé de manière très détaillée les ressources personnelles et externes de la recourante, ainsi que ses difficultés. Il a procédé à un contrôle circonstancié de la cohérence et de la plausibilité. Son rapport satisfait donc les exigences jurisprudentielles liées aux indicateurs, telles que rappelées ci-avant. Les Drs K. _____ et F. _____ ont également fait état de ces éléments, de manière succincte. Il ressort notamment de l'évaluation consensuelle que la recourante ne présentait pas de signes d'exagération manifeste mais plutôt une tendance à des phénomènes d'autolimitation, probablement inconscients, ce que les experts ont précisé comme étant courant chez les patients fibromyalgiques. Il n'y avait pas d'atteinte uniforme dans tous les domaines de la vie du point de vue psychique. Les activités quotidiennes étaient surtout réduites par l'atteinte du membre supérieur droit. Sur le plan des ressources, la

recourante avait pu s'intégrer dans un groupe professionnel durant de nombreuses années, elle avait élevé trois enfants et soutenu sa fille dans sa maladie ainsi que dans la prise en charge du handicap de son petit-fils. Son réseau social était bien fourni, jugé suffisant par la recourante elle-même. Les ressources ont été évaluées comme moyennes, de manière convaincante.

6. a) Il convient en définitive de considérer que la recourante a fait l'objet d'investigations spécialisées exhaustives et motivées à satisfaction. Les conclusions de l'expertise du H. _____ résultent d'une analyse complète de la situation médicale objective et subjective, étayée par des résultats d'examens spécialisés en psychiatrie, rhumatologie et médecine générale, portant aussi bien sur les aspects somatiques que psychiques et reposant sur une anamnèse complète, avec notamment une description précise et exhaustive des plaintes et du quotidien.

Ainsi, comme l'a indiqué l'OAI, la capacité de travail de la recourante a été nulle dans toute activité du 16 septembre 2016 au 4 décembre 2017, selon le rapport du Dr R. _____ du 23 avril 2018, soit selon l'expertise jusqu'à fin août 2017, puis lors d'une période de réentraînement jusqu'en décembre 2017, en raison d'une atteinte orthopédique ; ainsi que du mois d'octobre 2018 à celui de février 2019, en raison d'une atteinte sur le plan psychiatrique.

b) En l'occurrence, un an après la survenance de l'incapacité totale de travail de la recourante le 16 septembre 2016, soit en septembre 2017, elle présentait toujours une incapacité de travail de 100 %, de sorte que le droit à une rente entière lui était ouvert (cf. consid. 3b et art. 28 LAI). La recourante avait donc droit à une rente entière dès le 1^{er} septembre 2017.

c) La recourante a recouvré une capacité de travail totale dans une activité adaptée à tout le moins, dès le 4 décembre 2017. En effet, les experts ont retenu une capacité de travail théoriquement exigible dans l'activité habituelle de la recourante, tout en précisant néanmoins que

l'atteinte à la santé que représentait la fibromyalgie l'avait « désentraînée » au travail et à l'effort, de sorte qu'une rééducation était nécessaire. Il est donc justifié de considérer, d'un point de vue pratique et comme l'a fait l'OAI (suivant sur ce point les avis du SMR et du Dr R. _____), que la capacité de travail de la recourante était entière dans une activité adaptée à compter du 4 décembre 2017. Cette appréciation est en outre fondée compte tenu des limitations fonctionnelles attestées par le Dr R. _____ (port de charges supérieures à 3 kg, travaux au-dessus de l'horizontale, cf. notamment certificat du 23 avril 2018), qui sont vraisemblablement incompatibles avec l'activité professionnelle habituelle de la recourante. Cette activité requérait en effet le soulèvement et le port de charges de 0 à 10 kg durant 34 à 66 % du temps de travail, soit jusqu'à environ 5 heures et quart de travail par jour ; de charges de 10 à 25 kg durant 6 à 33 % du temps de travail, soit jusqu'à environ 3 heures par jour ; et de charges de plus de 25 kg pendant 1 à 5 % du temps, soit environ jusqu'à une demi-heure par jour (cf. rapport de l'employeur du 20 juin 2017).

d) Compte tenu de la récupération, par la recourante, de sa capacité de travail entière dans une activité adaptée, une diminution notable de son taux d'invalidité était ainsi établie dès le 4 décembre 2017. Comme cette dernière a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication soit à craindre, le droit de la recourante à une rente d'invalidité était susceptible de prendre fin le 31 mars 2018, soit trois mois après le 4 décembre 2017 (cf. consid. 3c et art. 88a al. 1 RAI).

e) La seconde période d'incapacité de travail de la recourante, pour des motifs d'ordre psychiatrique, a duré environ cinq mois, soit bien moins que la durée minimale d'une année qui permet l'ouverture du droit à une rente, comme rappelé ci-avant. Cette période d'incapacité n'est donc pas déterminante, comme l'a retenu l'OAI à bon droit.

f) S'agissant du calcul du taux d'invalidité arrêté par l'intimé, il n'a pas été contesté par la recourante. Vérifié d'office, il appert pertinent de souligner que la recourante exerçait son activité à un taux d'occupation

de 80 % depuis des années, et que ses revenus annuels ont été globalement similaires de 2010 à 2016. Ainsi, il convenait de considérer qu'elle travaillait à 80 % pour des raisons étrangères à son atteinte à la santé. L'OAI a établi le revenu sans invalidité de la recourante en effectuant une moyenne de ses revenus tels que reflétés par son compte individuel AVS entre 2012 et 2016, puis l'a comparé au revenu avec invalidité pour une activité à 100 % qu'il a calculé à l'aide des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) et a appliqué un taux d'abattement de 10 %. Ce faisant, il n'a pas tenu compte correctement du taux d'activité réduit de la recourante. Or, l'on constate à la lecture des pièces au dossier qu'elle avait décidé d'exercer son activité lucrative à temps partiel, soit à 80 %, de son propre chef et par convenance personnelle. La méthode générale de comparaison des revenus est dès lors indiquée pour le calcul, et il y a lieu de constater qu'elle n'a pas été appliquée de manière appropriée. En effet, il sied de tenir compte des principes développés dans l'ATF 142 V 290 consid. 7 et de comparer le revenu que la recourante aurait touché dans son ancienne activité exercée à 80 % avec celui qu'elle pourrait toucher dans une activité adaptée exercée à 100 % ; le taux obtenu devant ensuite être pondéré avec un facteur de 0,8, compte tenu de son taux d'activité.

Ainsi, il s'agit de comparer le revenu de la recourante sans invalidité, dans son activité habituelle à 80 % de 58'587 fr. 40 (moyenne de ses revenus sur les cinq dernières années) et son revenu avec invalidité dans une activité adaptée à temps plein de 49'319 fr. 51 (ESS 2016 TA1, niveau 1 : 4'363, adapté à 41,7 heures par semaine, annualisé, puis indexé pour l'année 2017 à + 0,4 %, et enfin avec un abattement de 10 % : $[(4'548,43 \times 12) + 0,4 \%] - 10 \% = 49'319,51$). Le taux obtenu, soit 15,81 % ($[(58'587,4 - 49'319,51) \times 100] / 58'587,4$) doit être pondéré, ce qui aboutit en définitive à un degré d'invalidité de 13 % ($0,8 \times 15,81 = 12,65$).

La recourante a donc présenté un degré d'invalidité de 13 % dès lors qu'elle a recouvré une capacité de travail totale dans une activité,

à tout le moins adaptée, de sorte que le droit à toute rente d'invalidité lui était effectivement fermé dès le 31 mars 2018.

7. Compte tenu de l'âge de la recourante, soit soixante ans au moment de la reddition de la décision, il convient d'analyser plus avant la question du droit aux mesures de réadaptation.

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

b) Il arrive que l'octroi préalable de mesures de réadaptation constitue une condition *sine qua non*, d'un point de vue professionnel, à la valorisation économique de la capacité de travail (TF 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7). La jurisprudence considère ainsi qu'il existe des situations dans lesquelles, avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité – y compris dans le cadre d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps (ATF 145 V 209) –, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une

rente pendant quinze ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (TF 9C_707/2018 du 26 mars 2019 et les références citées ; TF 9C_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.2 et les références citées ; TF 9C_800/2014 du 31 janvier 2015 ; TF 9C_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 4.4 et les références citées). Il en découle - sous réserve de cas où l'assuré dispose d'emblée de capacités suffisantes lui permettant une réadaptation par soi-même (TF 8C_582/2017 du 22 mars 2018 consid. 6.3 ; TF 9C_183/2015 du 19 août 2015 consid. 5) - que ce n'est qu'à l'issue d'un examen concret de la situation de l'assuré et de la mise en œuvre d'éventuelles mesures de réadaptation sur le marché du travail que l'office AI peut définitivement statuer sur la révision de la rente d'invalidité et, le cas échéant, réduire ou supprimer le droit à la rente. Par conséquent, dans ces situations, l'examen et l'exécution des éventuelles mesures constituent une condition de la suppression (ou réduction) de la rente, cette suppression (ou réduction) ne pouvant prendre effet antérieurement (TF 8C_582/2017 du 22 mars 2018 consid. 6.4 ; TF 8C_446/2014 du 12 janvier 2015 consid. 4.2.4 non publié in ATF 141 V 5, mais dans SVR 2015 IV N. 19 p. 56 ; TF 9C_409/2012 du 11 septembre 2012 consid. 2.3).

c) En l'occurrence, le recourante a bénéficié d'une rente entière d'invalidité limitée dans le temps alors qu'elle était âgée de plus de 55 ans. De ce fait, elle appartient à la catégorie d'assurés dont il convient de présumer qu'ils ne peuvent en principe pas entreprendre de leur propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'eux pour tirer profit de leur capacité résiduelle de travail, peu importe à cet égard qu'elle présente une invalidité inférieure à 20 % (TF 9C_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.1 et 5.2).

d) Théoriquement, au vu des principes développés ci-avant, la recourante pourrait ainsi prétendre à l'octroi de mesures de réadaptation.

Les experts ont d'ailleurs préconisé dans leur rapport que la recourante suive une réadaptation sur le plan physique et psychique.

Cela étant, pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références citées), celles-ci ne devant pas être allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'AI, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 9.2 et la référence citée). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1).

En l'espèce, la recourante, désormais âgée de 61 ans, a manifesté à plusieurs reprises son absence d'intention et de souhait de profiter de telles mesures (cf. rapport d'entretien du 6 juin 2017 à l'OAI et rapport d'expertise du 13 novembre 2019, Dr N._____, p. 13, p. ex.). Elle n'a pas contesté la communication de l'OAI du 29 juin 2017, qui constatait son refus exprès de mesures de réadaptation d'ordre professionnel. La recourante n'a du reste pas formulé de grief spécifique s'agissant des mesures dans la présente procédure ni conclu à leur octroi en sa faveur. Il appert donc que l'octroi de mesures de réadaptation, *in casu*, serait voué à l'échec, de sorte que la position de l'OAI sur ce point peut être confirmée.

8. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, l'on ne voit pas en quoi la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, telle que sollicitée par la recourante, serait de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il

y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (ATF 124 V 190 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

9. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) 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 pas lieu d'allouer de dépens, la recourante, qui n'est au demeurant pas assistée d'un mandataire, n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario* ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

**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 21 février 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de M._____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Mme M._____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :