

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 novembre 2022

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
Mmes Röthenbacher et Gauron-Carlin, juges  
Greffière : Mme Monod

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat,  
à Lausanne

et

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

---

**Art. 28 aLAI.**

**E n f a i t :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1969, est divorcée et mère d'un fils désormais majeur. Titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'employée de bureau, elle a exercé cette activité à plein temps auprès de la société G.\_\_\_\_\_SA dès janvier 2006.

Atteinte d'une hernie discale, laquelle a été responsable d'un arrêt de travail de 100 % dès le 4 juillet 2016, de 50 % dès le 3 octobre 2016 et à nouveau de 100 % dès le 15 novembre 2016, elle a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité par demande formelle, déposée le 29 décembre 2016 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Procédant à l'instruction du cas, l'OAI a recueilli des rapports auprès des médecins traitants et de l'employeur de l'assurée. La Dre C.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, a fait état des diagnostics incapacitants de cruralgie droite avec double discopathie L3-L4 et L4-L5, de status après hémilaminectomie L4-L5 et de diabète de type II, dans un rapport du 14 février 2017. L'incapacité totale de travail se poursuivait. A la même date, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie et chirurgie du rachis, a signalé que l'assurée avait fait l'objet de deux interventions chirurgicales les 4 juillet 2016 et 10 janvier 2017 en raison d'une névralgie sciatique par hernie discale L4-L5. Tout effort physique devait être proscrit.

Le 4 juillet 2017, la G.\_\_\_\_\_SA a mentionné que l'assurée réalisait un revenu annuel de 62'660 fr. (valeur 2016) pour l'activité d'employée de bureau déployée à plein temps.

Prise en charge au sein du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier H.\_\_\_\_\_ par le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin cadre, l'assurée a bénéficié de traitements antalgiques et d'une rééducation fonctionnelle intensive stationnaire en septembre 2017.

Le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a repris le suivi de l'assurée dès mars 2018 et procédé à une nouvelle intervention chirurgicale de stabilisation et de fusion L4-L5 le 1<sup>er</sup> juin 2018. Il a signalé à l'OAI, dans un rapport du 13 décembre 2018, que sa patiente avait également fait l'objet d'une révision chirurgicale (révision par voie antérieure d'une cage intersomatique) le 23 novembre 2018. Une incapacité totale de travail avait été prononcée en période de convalescence.

A la demande de l'OAI, la Dre C.\_\_\_\_\_ a rapporté, le 21 mars 2019, que sa patiente souffrait de lombalgies chroniques depuis avril 2017 et d'une tendinopathie du sus-épineux depuis janvier 2019. Elle mentionnait des troubles dégénératifs de l'épaule droite avec tendinopathie du sus-épineux, une arthrose acromio-claviculaire, des dysfonctions costo-dorsales et une tendinopathie du biceps. L'évolution était défavorable. Il n'était pas possible de se prononcer sur une reprise du travail. L'assurée poursuivait des traitements de physiothérapie pour la colonne et l'épaule droite. Était notamment annexé un rapport du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 6 février 2019, lequel avait investigué la problématique de l'épaule droite et préconisé de la physiothérapie et de l'ostéopathie préalablement à une éventuelle arthroscopie.

Questionné par l'OAI, le Dr L.\_\_\_\_\_ a fait état d'une situation globalement stationnaire, le 20 mars 2019, précisant que l'incapacité de travail était, à son avis, totale depuis juillet 2016. Dans un rapport du 27 mai 2019, il a relaté les résultats d'un CT-scan et d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) des 14 et 17 mai 2019. Ces examens mettaient en évidence une arthrodèse en cours peu évolutive, sans descellement du matériel, une sténose canalaire L3-L4 par protrusion médiane et arthrose postérieure, ainsi qu'une sténose canalaire L4-L5 prédominant à droite. Le Dr L.\_\_\_\_\_ recommandait la poursuite de la physiothérapie et la mise en place d'une stimulation neurologique. Une nouvelle prise en charge chirurgicale n'était pas indiquée. S'agissant des limitations fonctionnelles, le spécialiste a relevé, le 2 juillet 2019, que

l'assurée ne pouvait rester en position assise plus de trente minutes. Le port de poids de plus de 10 kg et les mouvements en rotation du tronc étaient contre-indiqués. Il convenait d'examiner avec l'assurée la nature et le taux d'une éventuelle activité respectant ces restrictions.

Sollicité pour avis, le Service médical régional (SMR) a préconisé la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire le 7 août 2019, dont le mandat a été formellement confié au Centre d'expertises médicales M.\_\_\_\_\_SA (ci-après : le M.\_\_\_\_\_SA) selon communication du 16 août 2019.

Les Drs R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont examiné l'assurée en septembre 2019 et communiqué leur rapport d'expertise le 30 janvier 2020. En sus de leurs examens cliniques respectifs, les experts ont sollicité un examen complémentaire du nerf fémoro-cutané gauche auprès du Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Ce dernier a indiqué, dans un rapport du 12 décembre 2019, que la compression de ce nerf, associée à une augmentation des paresthésies de la cuisse constituait un argument pour une lésion nerveuse au niveau iliaque. Cela étant, aucune intervention ou traitement ne pouvait améliorer la situation. Les experts ont également requis un tirage d'un second rapport du Dr X.\_\_\_\_\_ de la même date, adressé à la Dre T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, et chirurgie de la main, à l'issue duquel était diagnostiquée une lésion du nerf ulnaire droit, responsable d'une impotence de la main droite et d'une incapacité à accomplir toute activité manuelle fine. Par ailleurs, les experts se sont procuré un rapport opératoire du Dr N.\_\_\_\_\_ du 16 décembre 2019, lequel relatait la réalisation d'une arthroscopie de l'épaule droite avec résection de la clavicule distale, acromioplastie et fixation SLAP.

Les experts du M.\_\_\_\_\_SA ont retenu les diagnostics incapacitants de failed back surgery, de meralgie paresthésique à gauche,

apparue à la suite de l'intervention du 23 novembre 2018, ainsi que de tendinopathie du sus-épineux et d'arthrose acromio-claviculaire, traitées chirurgicalement le 16 décembre 2019. De nombreux autres diagnostics, dont un trouble mixte de la personnalité à traits immatures, dépendants et alexithymiques, demeuraient sans influence sur la capacité de travail. Les experts ont conclu à une incapacité totale de travail depuis juillet 2016, avec une reprise d'activité pendant six semaines en octobre 2016, puis à une capacité de travail de 85 %, imputable à une baisse de rendement en raison des douleurs, depuis janvier 2018. Des intervalles de trois mois d'incapacité totale de travail étaient justifiés consécutivement aux interventions des 1<sup>er</sup> juin, 23 novembre 2018 et 16 décembre 2019. Les experts ont communiqué leur appréciation consensuelle du cas en ces termes :

« [...] Du point de vue **psychiatrique**, durant l'expertise, la personne assurée est tout à fait cordiale et détendue, évoquant tranquillement qu'elle a des douleurs fortes et permanentes qui la réveillent la nuit, que son dos est « en feu et émietté » et que toute position statique lui est insupportable. Pendant l'heure d'expertise psychiatrique, elle ne cherche pas une seule fois une position antalgique et ne change jamais de position. Elle explique avec candeur qu'elle occupe son temps à voir ses amis, sa « maman », sa « grand-maman » et ses sœurs et qu'elle est toujours de bonne humeur. Elle ne donne à aucun moment de l'entretien le sentiment de souffrir physiquement. Son propos est infantile et elle expose de manière peu critique et factuelle ses théories sur l'origine de sa maladie (elle a mal à la tête à cause de la ponction lombaire qu'elle a subie lors de sa méningite à 4 mois de vie) et qu'elle rattrape gentiment, en fait de nombres d'opérations, sa « maman » à laquelle elle ressemble et qui en est à sa 40<sup>ème</sup> intervention chirurgicale, comme s'il s'agissait d'un parcours obligé. Pourtant, la personne assurée a travaillé à plein temps jusqu'en 2016 en élevant « seule » son enfant (qui en réalité a été élevé par toute la famille d'origine puisque ses 2 sœurs considèrent qu'il est aussi leur fils). Elle n'aurait pas trouvé de travail pendant 3 ans à l'issue de son CFC et a été employée dans l'épicerie du village, ce qui semble correspondre à une certaine difficulté à entrer dans la vie adulte. Toutefois, par la suite, elle a travaillé normalement. Que s'est-il passé dans la vie de la personne assurée en 2016 pour que sa situation change pareillement ? Il n'y a pas vraiment de certitude. A cette époque, son père est tombé malade d'un myélome (à noter l'image du dos émietté de la personne assurée qui fait penser aux images radiologiques de ce cancer) et son fils a eu 18 ans et a commencé à s'émanciper et à suivre une formation professionnelle. Il est possible que ces éléments, vécus comme des menaces aiguës de perte, soient venus décompenser le trouble de la personnalité de la personne assurée qui se révèle a posteriori, puisqu'elle semble « retombée en enfance », ne voulant plus faire face à ses responsabilités et revendiquant sans aucune inhibition que tout le

monde s'occupe d'elle en raison de douleurs, dont le poids de la réalité subjective a semblé léger au cours de l'expertise. Dès lors, en raison de son attitude immature et dépendante, de son faible sens des réalités adultes, d'une angoisse de perte non représentable psychiquement qui la pousse à chercher à être le plus possible en contact avec les personnes affectivement significatives pour elle, il est conclu à un trouble de la personnalité à traits immatures, dépendants et alexithymiques, présent depuis toujours mais qui a été décompensé par des événements existentiels récents qui ne peuvent être que supposés et qui sont à l'origine d'une importante régression. Le trouble n'est pas incapacitant dans la profession qu'elle exerçait jusque-là. Il serait essentiel qu'elle puisse bénéficier d'un traitement psychothérapeutique qui lui permette de se représenter progressivement ses angoisses et donc de les contenir et non d'investir inconsciemment ses douleurs comme l'accès à une position régressive [...].

Du point de vue **orthopédique**, la personne assurée déclare qu'après la chirurgie, la situation ne s'améliore pas, voire s'aggrave. Elle a été multi-opérée, sans qu'il y ait eu réellement d'amélioration, mais plutôt l'apparition de nouvelles pathologies (méralgie paresthésique à gauche iatrogène).

Selon l'expertise actuelle, la personne assurée présente un failed back surgery ayant nécessité 4 interventions, avec la persistance d'une paresthésie dans le territoire L5 droit, présent depuis janvier 2016, avec une péjoration après la chirurgie, qui entraîne des limitations.

Lors de la prise de greffe du 23.11.2018, une lésion iatrogène du nerf fémoro-cutané latéral gauche a entraîné une méralgie paresthésique constante et durable au niveau de la cuisse gauche.

Après l'expertise orthopédique en septembre 2019, la personne assurée a consulté la Dresse T. \_\_\_\_\_ qui l'a vue une fois pour une lésion du nerf ulnaire droit qui va être réinvestiguée après l'intervention de l'épaule droite du 16.12.2019.

Du point de vue de la **médecine interne**, la personne assurée ne déclare aucun trouble actuel la limitant dans ses activités professionnelles ou quotidiennes.

Par ailleurs, elle présente les troubles/diagnostic suivants :

Des céphalées de tension, depuis sa méningite aiguë cérébro-spinale en juillet 1969 à l'âge de 4 mois, traitées par la prise d'antalgiques de premier palier (paracétamol et anti-inflammatoires non stéroïdiens), efficaces, elles ne l'ont jamais limitée pour travailler selon ses dires. Les examens neurologique et tensionnel actuels sont sans particularité.

Une dyspepsie, depuis 2015, status post ulcère gastrique à l'âge de 14 ans, traitée par la prise quotidienne d'inhibiteur de la pompe à protons, efficace, la dernière gastroscopie en septembre 2019 était sans particularité. Les examens ORL et abdominal actuels sont sans particularité.

Une obésité de classe 1, avec un IMC de 30,42 kg/ m<sup>2</sup> le jour de l'expertise, sans déficit direct.

Une hypercholestérolémie, depuis 15 ans, traitée par des mesures diététiques et la prise orale de statine, sans maladie cardiovasculaire active.

Un diabète de type 2 non insulino-requérant, depuis 15 ans, non compliqué, traité par la prise orale de sulfanylurée, bien tolérée et efficace, sans crise d'hypoglycémie déclarée. Le jour de l'expertise, l'examen ne met pas en évidence de signe en faveur de complication macro ou micro-angiopathique.

Des polypectomies coliques bénignes, en août 2019, asymptomatiques, découvertes par coloscopie de dépistage.

Une insuffisance rénale chronique, depuis 15 ans, se manifestant par le passé ou en période estivale par des œdèmes des membres inférieurs et des mains, traitée par diurétique. Le jour de l'expertise, l'examen ne montre aucun signe clinique en faveur d'une insuffisance rénale aiguë ou chronique décompensée.

Un déficit en vitamine D et en magnésium, depuis 12 mois, asymptomatique, en cours de supplémentation orale.

Une sécheresse cutanée diffuse, depuis 15 ans, et une hyperkératose des talons, sans limitation déclarée, traitées par l'application d'émollients topiques.

Des troubles du climatère, depuis 4 ans, sans limitation déclarée, liés à des troubles pré-ménopausiques.

Une presbytie, depuis 10 ans, bien corrigée par le port de lunettes.

Un syndrome des hypopnées/apnées du sommeil, depuis 4 ans, traité par le port nocturne d'une gouttière palatine, efficace, sans hypersomnolence diurne. L'examen neurologique actuel ne montre aucun ralentissement psychomoteur, aucun déficit de la vigilance, de l'attention ou de la concentration et aucun trouble mnésique.

Un status post appendicectomie en 1974 un status post césarienne en 1998, un status post cholécystectomie lithiasique en 2012 et un status post hystérectomie en 2012, sans séquelle.

Un status post coliques néphrétiques lithiasiques à répétition, de 2005 à 2008, sans séquelle, ni récurrence depuis lors.

L'examen actuel en médecine interne ne met en évidence aucun déficit ni limitation fonctionnelle. Ces diagnostics ne sont pas retenus comme incapacitants de manière permanente et durable.

[...]

#### 1.1.d.9 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

##### Rétrospectif

Du point de vue **psychiatrique**, la capacité de travail de la personne assurée a toujours été de 100 %.

Du point de vue **orthopédique**, la personne assurée a été en incapacité de travail depuis juillet 2016, avec une reprise du travail pendant 6 semaines en octobre 2016.

Dans l'activité de secrétaire, il existe une capacité de travail de 85 % (diminution du rendement pour se reposer en raison des douleurs : 2 fois 30 minutes de pause en plus par jour), avec une place de travail ergonomique et sans port de charge, depuis janvier 2018 (1 an après l'opération du 10.01.2017), sauf pendant 3 mois après les interventions du 01.06.2018 et du 23.11.2018 où la capacité de travail a été de 0%.

Du point de vue de la **médecine interne**, la capacité de travail a médoco-théoriquement toujours été de 100 %.

##### Actuel

Du point de vue **psychiatrique**, 100 %.

Du point de vue **orthopédique**, 85 % (diminution du rendement pour se reposer en raison des douleurs : 2 fois 30 minutes de pause en plus par jour).

Du point de vue de la **médecine interne**, 100 %.

Du point de vue interdisciplinaire, 85 %.

#### Évolutif/Pronostic

Du point de vue **psychiatrique**, elle restera stable.

Du point de vue **orthopédique**, après l'expertise orthopédique de septembre 2019, la personne assurée a consulté la Dresse T. \_\_\_\_\_

qui l'a vue une fois pour une lésion du nerf ulnaire droit qui va être réinvestiguée après l'intervention de l'épaule droite du 16.12.2019.

La capacité de travail a été de 0 % à partir du 16.12.2019 pendant 3 mois, puis de nouveau de 85 %. L'éventuel traitement du nerf ulnaire va probablement provoquer une capacité de travail de 0 % pendant 2 mois.

Du point de vue de la **médecine interne**, elle restera de 100 % au fil du temps. Le pronostic est favorable. [...] »

Le 3 février 2020, le Dr L. \_\_\_\_\_ a fourni à l'OAI les rapports des diverses consultations de suivi de l'assurée. Il en ressort notamment que celle-ci a bénéficié de la pose d'un neurostimulateur médullaire les 12 et 19 novembre 2019. Dans un document du 9 décembre 2019, le Dr L. \_\_\_\_\_ a relevé une évolution « globalement favorable » de l'état de sa patiente et une « qualité de vie nettement améliorée » à l'issue de la phase de test du neurostimulateur.

Par rapport du 12 mars 2020, le Dr N. \_\_\_\_\_ a fait part d'une épaule droite gelée à la suite de l'arthroscopie réalisée le 16 décembre 2019. Il préconisait la poursuite de la physiothérapie et l'évitement de la mobilisation du membre supérieur droit. Une incapacité totale de travail avait été prononcée dès l'intervention, compte tenu d'une évolution favorable envisageable à six mois. La capacité de travail au long cours dépendait d'autres problèmes que celui de l'épaule.

Le Dr L. \_\_\_\_\_ a renseigné l'OAI sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée le 29 juin 2020. Son rapport de consultation du 18 mai 2020 a relaté une « situation stable et rassurante », alors que celui du 15 juin 2020 a mentionné une contracture cervico-dorso-lombaire et

une douleur sacro-iliaque bilatérale prédominant à droite, pour lesquelles la poursuite de la physiothérapie en piscine serait profitable.

Le 15 juillet 2020, le Dr N. \_\_\_\_\_ a signalé que l'évolution de l'épaule droite était favorable, déconseillant uniquement le port de charges et les activités avec le membre supérieur en élévation. L'incapacité totale de travail débutée le 16 décembre 2019 en raison de l'arthroscopie avait pris fin le 2 juillet 2020.

En date du 17 août 2020, l'assurée a subi une neurolyse du nerf cubital et une transposition avec épitrochléectomie du coude droit, réalisée \_\_\_\_\_ par \_\_\_\_\_ la Dre T. \_\_\_\_\_. Cette dernière a indiqué à l'OAI, le 28 septembre 2020, que l'évolution était bonne un mois après l'intervention, tant sur le plan subjectif qu'objectif. Elle ne retenait aucune répercussion sur la capacité de travail à long terme.

Par avis du 29 octobre 2020, le SMR s'est prononcé sur la capacité de travail exigible de l'assurée postérieurement à l'expertise réalisée par le M. \_\_\_\_\_ SA. Il se justifiait de retenir une incapacité totale de travail entre décembre 2019 et juillet 2020 du fait de l'intervention subie à l'épaule droite et de ses conséquences, ainsi que du 17 août au 28 septembre 2020 au motif de l'opération du coude droit. Au surplus, les conclusions des experts du M. \_\_\_\_\_ SA restaient valables.

Fondé sur cet avis, l'OAI a établi un projet de décision le 26 novembre 2020, informant l'assurée de son intention de lui allouer une rente entière d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 100 % du 1<sup>er</sup> juillet 2017 au 31 mars 2018, ainsi que du 1<sup>er</sup> juin 2018 au 31 mai 2019.

Il retenait les incapacités de travail suivantes en relation avec les problèmes de dos de l'assurée :

- 100 % du 4 juillet 2016 au 31 décembre 2017 ;
- 15 % du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 31 mai 2018 ;

- 100 % du 1<sup>er</sup> juin 2018 au 31 août 2018 ;
- 15 % du 1<sup>er</sup> septembre 2018 au 22 novembre 2018 ;
- 100 % du 23 novembre 2018 au 23 février 2019 ;
- 15 % dès le 24 février 2019.

Une reprise d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2018 justifiait l'octroi d'une rente entière sans nouveau délai de carence, tandis qu'une capacité résiduelle de travail de 85 % dans l'activité habituelle, ainsi que dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles, recouvrée dès le 24 février 2019, impliquait la suppression de la prestation au 31 mai 2019. Quant aux interventions à l'épaule et au coude droits, elles avaient entraîné les incapacités de travail totale temporaires ci-après :

- 100 % du 16 décembre 2019 au 31 juillet 2020 ;
- 100 % du 17 août 2020 au 28 septembre 2020.

Ces incapacités de travail ayant duré moins d'une année, le délai de carence pour l'ouverture d'un nouveau droit à la rente n'était pas atteint.

L'assurée, assistée de Me Jean-Michel Duc, a contesté le projet de décision précité par correspondance du 15 janvier 2021. Elle estimait que le rapport d'expertise du M. \_\_\_\_\_ SA était prolix, incomplet et partial, faisant notamment valoir que le volet orthopédique dudit rapport était, à son avis, insuffisant. Par ailleurs, de son point de vue, les experts auraient dû s'adjoindre les compétences d'un spécialiste en neurologie au vu des diagnostics retenus dans son cas. Etaient annexés à sa correspondance de nouveaux rapports médicaux, à savoir notamment :

- un rapport du Dr N. \_\_\_\_\_ du 22 avril 2020, lequel mettait en évidence une évolution « plutôt légèrement favorable » malgré la survenance d'une épaule gelée dans les suites post-opératoires ;
- un rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 12 octobre 2020, relevant la satisfaction de sa patiente consécutivement à la pose du neurostimulateur médullaire et le soulagement efficace de la symptomatologie douloureuse crurale, en dépit de la survenance d'une douleur lombo-sacrée ;

- un rapport du Dr N. \_\_\_\_\_ du 4 novembre 2020, concluant à une évolution finalement favorable avec disparition quasiment complète des douleurs et récupération de la mobilité de l'épaule droite, ce qui permettait de renoncer à tout contrôle subséquent ;
- un rapport de la Dre C. \_\_\_\_\_ du 8 janvier 2021, rappelant l'historique médical de sa patiente et considérant que le projet de décision de l'OAI ne tenait pas compte de son état de santé global.

Le SMR s'est déterminé sur les pièces médicales produites le 4 février 2021 et considéré qu'aucun élément nouveau, ni aucun argument, ne justifiait la remise en question de sa position.

L'OAI a dès lors établi une décision le 8 avril 2021, allouant à l'assurée une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, pour les périodes limitées du 1<sup>er</sup> juillet 2017 au 31 mars 2018, puis du 1<sup>er</sup> juin 2018 au 31 mai 2019.

**B.** B. \_\_\_\_\_, toujours représentée par Me Duc, a déféré la décision du 8 avril 2021 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 11 mai 2021, constatant préalablement que cette décision lui avait été notifiée directement, en dépit de la procuration confiée à son avocat. Sur le fond, elle concluait principalement à l'allocation d'une rente entière d'invalidité au-delà du 31 mars 2018 et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. Reprenant les arguments invoqués au stade de la procédure d'audition, elle a également insisté sur les effets secondaires engendrés par une importante médication. Elle estimait ne pas être mesure d'exercer une quelconque activité lucrative. Elle suggérait que soit mise en œuvre une nouvelle expertise médicale, ainsi qu'une expertise ergothérapeutique, en sus de débats publics. Elle requérait enfin l'assistance judiciaire gratuite, compte tenu de la précarité de sa situation financière.

Par décision du 20 juillet 2021, la magistrate instructrice a mis l'assurée au bénéfice de l'assistance judiciaire, l'exonérant de frais et d'avance de frais, ainsi que désignant Me Duc en qualité d'avocat d'office, à compter du 11 mai 2021.

L'OAI a répondu au recours le 9 août 2021 et conclu à son rejet, se référant au rapport d'expertise du M. \_\_\_\_\_ SA et aux différents avis rendus par le SMR.

Par courrier du 28 février 2022, l'assurée a adressé à la Cour de céans un rapport de son physiothérapeute, W. \_\_\_\_\_, du 3 juin 2021. Ce dernier exposait que la problématique de l'épaule était à son terme, l'assurée ayant recouvré ses amplitudes actives et passives, sans séquelles dans le déroulement des activités quotidiennes. En revanche, l'assurée rencontrait une dégradation récente de ses lombalgies chroniques, avec des douleurs quotidiennes limitantes. Des douleurs au tibia avaient été investiguées, sans toutefois que l'échographie ou l'IRM n'aient détecté de cause organique. L'ergothérapeute poursuivait son traitement par des thérapies manuelles, dont le rythme avait dû être diminué en raison de la symptomatologie douloureuse.

L'assurée a répliqué le 17 mars 2022 et maintenu ses conclusions. Elle a derechef critiqué la valeur probante conférée au rapport du M. \_\_\_\_\_ SA, se prévalant d'un nouveau rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 27 janvier 2022. Ce spécialiste avait mis en évidence, à la suite d'une IRM cervicale réalisée le 26 octobre 2021, une double discopathie C5-C6 et C6-C7. Il relevait que l'assurée ne se sentait pas capable de reprendre une activité professionnelle en raison des douleurs à l'origine de difficultés de concentration.

Par duplique du 14 avril 2022, l'OAI a confirmé ses conclusions et rappelé la teneur de l'avis rédigé par le SMR le 4 février 2021.

En date du 31 octobre 2022, sur requête de la magistrate instructrice, Me Duc a déposé la liste des opérations déployées dans le cadre de la présente procédure.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). L'art. 69 al. 1, let. a, LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93, let. a, LPA-VD).

**c)** En l'espèce, le recours formé le 11 mai 2021 contre la décision de l'intimé du 8 avril 2021 a été interjeté en temps utile, compte

tenu des fêtes judiciaires pascales (cf. art. 38 al. 4, let. a, LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61, let. b, LPGA, et est par conséquent recevable.

**d)** On précisera que, selon l'art. 49 al. 3, 3<sup>ème</sup> phrase, LPGA, la notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé. Un défaut de notification n'est toutefois susceptible d'entraîner des conséquences que dans la mesure où il a causé une erreur préjudiciable à son destinataire. En effet, la protection juridique des parties est suffisamment réalisée lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité (ATF 122 V 189 consid. 2). La recourante remarque, à titre préliminaire, que la décision attaquée a été notifiée irrégulièrement, dès lors que sa notification est intervenue à son adresse et non à celle de son conseil. L'intimé a certes expédié la décision litigieuse à la recourante et non à son mandataire, sans toutefois que cette erreur ne cause de préjudice, puisque le présent recours a été introduit en temps utile par Me Duc. La notification irrégulière est ainsi restée sans conséquence, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'attarder plus avant sur cette question.

**2. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

**b)** 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).

**c)** Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente entière de l'assurance-invalidité au-delà du 31 mars 2018, singulièrement l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail et la valeur probante du rapport d'expertise du M. \_\_\_\_\_ SA.

**3.** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du Développement continu de l'assurance-invalidité (LAI, modification du 19 juin 2020, RO 2021 705 ; RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste applicable au cas particulier, au vu de la date de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**4. a)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 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. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée,

l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

**b)** L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

**c)** A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

**4. a)** Selon l'art. 29<sup>bis</sup> RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1, let. b, LAI celle qui a précédé le premier octroi.

**b)** L'art. 88a al. 1 RAI précise que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans

qu'une complication prochaine soit à craindre. Selon l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

**c)** La survenance de l'invalidité doit en principe être déterminée eu égard à chaque catégorie de prestations séparément. Il peut se produire une succession de causes d'invalidité différentes qui entraînent autant de survenances successives de l'invalidité. D'autre part, une seule et même cause d'invalidité peut entraîner au cours du temps plusieurs cas d'assurance. Le principe de l'unité du cas d'assurance n'est donc pas absolu et il cesse d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou lorsque l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les différentes phases qui deviennent autant de cas nouveaux de survenance de l'invalidité (TF 9C\_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 5.2 ; cf. également : Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève, Zurich, Bâle, 2011, p. 342, n. 1234 et 11235).

**d)** La règle de l'art. 29<sup>bis</sup> RAI s'applique seulement lorsque l'atteinte à la santé qui donné naissance au droit s'est réactivée et provoque un regain d'invalidité de degré élevé qui a duré trente jours consécutifs au moins. Elle n'est en revanche pas applicable lorsque l'assuré, autrefois bénéficiaire d'une rente d'invalidité, subit une nouvelle invalidité à la suite d'une maladie ou d'un accident qui n'était pas à l'origine de l'invalidité pour laquelle la rente avait été précédemment allouée. Il en va de même lorsque la rente avait été refusée en raison d'un degré d'invalidité insuffisant et qu'il y a par la suite une aggravation de l'atteinte à la santé. Il s'agit alors d'un nouveau cas d'assurance, de sorte que le délai d'attente de trois cent soixante-cinq jours recommence à courir (cf. Michel Valterio, Commentaire de la loi sur l'assurance-invalidité,

Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 18 ad. art. 28 LAI, p. 393, et références citées).

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

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**c)** 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. D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

**d)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**7. a)** L'assuré peut soulever des motifs « formels » de récusation d'un expert, mais également des motifs « matériels » de récusation, soit tous motifs pertinents au sens de l'art. 44 LPGA. Les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi (cf. art. 10 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021] et 36 al. 1 LPGA [intérêt personnel, lien de parenté, représentation d'une partie ou opinion préconçue pour une autre raison]) sont de nature formelle, parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre la personne de l'expert, ne mettent en revanche pas en cause son impartialité. De tels motifs doivent en principe être examinés avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves. Il en va ainsi, par exemple, d'une prétendue incompetence de l'expert à raison de la matière laquelle ne saurait constituer comme telle un motif de défiance quant à l'impartialité de ce dernier. Bien au contraire, ce grief devra être

examiné dans le cadre de l'appréciation des preuves (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2 ; 132 V 93 consid. 6.5 ; TF 9C 293/2008 du 28 janvier 2009 consid. 2 et 3).

**b)** Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 132 V 93 consid. 7.1 ; TF 9C\_293/2008 du 28 janvier 2009 précité).

**8.** En l'occurrence, la recourante estime que le rapport d'expertise du M. \_\_\_\_\_ SA devrait être écarté, soulignant notamment son « impression que le M. \_\_\_\_\_ SA est à la solde de l'Office AI et rend des expertises volumineuses, incomplètes et partiales ». On ne saurait, à l'évidence, conclure à la partialité des experts concernés sur la base des seuls arguments avancés par la recourante, fondés précisément sur ses impressions, et non sur des éléments objectifs, en dépit des exigences posées par la jurisprudence fédérale précitée. S'agissant au surplus du volume du rapport d'expertise incriminé, on observe que celui-ci contient une septantaine de pages d'analyse et un nombre conséquent d'annexes, les experts ayant recueilli diverses pièces médicales supplémentaires, en sus d'avoir requis un examen neurologique auprès du Dr X. \_\_\_\_\_. Compte tenu de la pluralité des disciplines médicales investiguées et du long historique médical de la recourante, il n'apparaît pas que le rapport des spécialistes du M. \_\_\_\_\_ SA puisse être qualifié de prolix. Sa valeur probante sera au demeurant examinée dans les considérants ci-après.

**9.** La recourante a fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire sur les plans de la médecine interne, psychiatrique et orthopédique au

sein du M. \_\_\_\_\_SA. Elle ne fait valoir aucun grief à l'encontre des volets de médecine interne et de psychiatrie, lesquels ne prêtent d'ailleurs pas flanc à la critique. On peut remarquer que les spécialistes du M. \_\_\_\_\_SA ont procédé à des examens approfondis de la situation, retraçant notamment l'ensemble des pathologies affectant ou ayant affecté la recourante. Ils ont considéré que la recourante ne rencontrait aucune limitation psychique en dépit d'un trouble de la personnalité (trouble mixte de la personnalité, à traits immatures, dépendants et alexithymiques), ni aucune restriction du registre de la médecine interne. Cette appréciation n'est pas remise en question par la recourante et peut être confirmée, celle-ci ne bénéficiant au demeurant d'aucun suivi spécialisé, hormis sur le plan orthopédique, singulièrement neurochirurgical.

**10. a)** Le volet orthopédique a été analysé par le Dr P. \_\_\_\_\_ pour le compte du M. \_\_\_\_\_SA, lequel s'est adjoint les services du Dr X. \_\_\_\_\_ pour procéder à un examen neurologique du nerf fémoro-cutané et s'est procuré les documents médicaux actualisés relatifs aux problèmes rencontrés par la recourante au membre supérieur droit (coude et épaule ; cf. rapport du Dr X. \_\_\_\_\_ du 12 décembre 2019 à la Dre T. \_\_\_\_\_, ainsi que compte-rendu opératoire du Dr N. \_\_\_\_\_ du 16 décembre 2019).

**b)** La recourante reproche à l'expert d'avoir « omis de procéder à l'examen de l'ensemble des clichés radiologiques ». On ne saurait prendre en compte ce grief, étant rappelé que l'expert du M. \_\_\_\_\_SA était en possession de l'intégralité du dossier de la recourante, parmi lesquels figurent non seulement les rapports radiologiques, mais également ceux des spécialistes assurant son suivi (cf. rapport d'expertise pluridisciplinaire du 30 janvier 2020, Annexe 1, Résumé du dossier de la personne assurée). Au demeurant, le Dr P. \_\_\_\_\_ s'est rallié aux diagnostics retenus par les spécialistes traitants en prenant en considération ceux de failed back surgery et de tendinopathie du sus-épineux avec arthrose acromio-claviculaire.

**c)** La recourante estime que les experts du M. \_\_\_\_\_ SA auraient dû procéder à une expertise neurologique « vu les atteintes neurologiques au niveau du rachis avec déficit objectivé ». Cela étant, ainsi qu'il a déjà été observé, le Dr P. \_\_\_\_\_ a requis les services du Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, pour un complément d'examen. On rappellera en outre que le M. \_\_\_\_\_ SA disposait de l'ensemble des rapports du Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, dont les observations ne sont nullement remises en question par les experts. On peut donc considérer qu'un volet neurologique spécifique aurait été superflu dans le cadre de l'expertise diligentée par l'intimé.

**d)** Contrairement à ce que soutient la recourante, le Dr P. \_\_\_\_\_ a détaillé précisément les limitations fonctionnelles retenues, comme suit (cf. rapport d'expertise précité, Expertise spécialisée orthopédique, p. 60) :

« [...] Profil d'effort actuel avec des limitations fonctionnelles

La personne assurée est capable d'effectuer un travail en alternant les positions assise/debout toutes les 45 minutes. Elle doit pouvoir bénéficier 2 fois par jour de 30 minutes de pause en plus, avec une place de travail ergonomique, La place de travail doit être adaptée, avec une chaise haute et un plateau de travail plus haut (mobile).

Les charges sont limitées à 5 kg de manière non itérative, sans qu'il y ait de charge en flexion antérieure du rachis.

Les travaux en position accroupie et les charges au-dessus de la ceinture scapulaire sont exclus à titre préventif.

La marche en terrain inégal, les escaliers de manière itérative, les échelles et les échafaudages sont exclus. [...] »

**e)** Etant donné les éléments ci-dessus, on peut écarter l'ensemble des reproches formulés par la recourante en lien avec l'analyse du volet orthopédique de sa situation.

**11.** Par conséquent, il n'y a pas lieu de douter de la valeur probante des conclusions consensuelles communiquées par les spécialistes du M. \_\_\_\_\_ SA, auxquelles on peut se rallier à la date de leur rapport d'expertise.

**12.** Au demeurant, les informations médicales transmises ultérieurement par la recourante ont été dûment prises en compte par le

SMR dans ses avis des 29 octobre 2020 et 4 février 2021. Le SMR a ainsi retenu des incapacités totales de travail des suites des opérations de l'épaule et du coude droits, en se ralliant aux évaluations des Drs N.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ (cf. rapports des 15 juillet, 28 septembre et 4 novembre 2020). Quant aux rapports subséquents du Dr L.\_\_\_\_\_, ce dernier a relaté une situation globalement stable, en dépit d'une symptomatologie douloureuse cervico-lombaire et sacro-iliaque. Il a certes objectivé une double discopathie C5-C6 et C6-C7 postérieurement à la décision attaquée, sans qu'on ne puisse toutefois définir de nouvelles limitations fonctionnelles entravant objectivement la capacité de travail résiduelle de la recourante (cf. rapports des 29 juin et 12 octobre 2020). On remarque d'ailleurs que le Dr L.\_\_\_\_\_ ne s'est pas exprimé sur dite capacité, se limitant à rapporter les propos de sa patiente quant à ses douleurs et à ses difficultés à se projeter dans une activité lucrative (cf. rapport du 27 janvier 2022). Ces éléments sont insuffisants pour remettre en question l'appréciation de l'intimé, fondée sur les conclusions du M.\_\_\_\_\_SA et sur les observations communiquées par les autres spécialistes traitants de la recourante.

**13.** On peut en définitive considérer que la capacité de travail de la recourante et ses fluctuations ont été correctement prises en compte par l'intimé aux termes de la décision querellée. C'est donc à bon droit que l'intimé a servi à la recourante une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 % du 1<sup>er</sup> juillet 2017 au 31 mai 2019, sur la base des art. 28 al. 2 LAI et 88a RAI. On ajoutera que l'intimé a, à juste titre, fait application de l'art. 29<sup>bis</sup> RAI en retenant des reprises d'invalidité pour les incapacités totales de travail débutées les 1<sup>er</sup> juin et le 23 novembre 2018 (cf. consid. 4d supra). Il a par ailleurs légitimement qualifié les atteintes de l'épaule et du coude droits - traitées respectivement du 16 décembre 2019 au mois de juillet 2020 et du 17 août au 28 septembre 2020 - de nouveaux cas d'assurance (cf. consid. 4c supra). Il était dès lors fondé à constater que le délai de carence d'un an prévu à l'art. 28 al. 1, let. b, LAI n'était pas échu, ce qui excluait le droit à une rente pour ces intervalles.

**14. a)** Selon l'art. 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), l'art. 16 LPGa s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (méthode générale de comparaison des revenus et ses sous-variantes : méthode de comparaison en pour-cent [ATF 114 V 310 consid. 3a et les références] et méthode extraordinaire de comparaison des revenus [ATF 128 V 29]). Cette disposition prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

**b)** On relèvera que l'intimé a fait usage de la méthode de comparaison en pour-cent pour déterminer le degré d'invalidité de la recourante. Ce procédé n'apparaît pas critiquable, dans la mesure où celle-ci est dotée d'une capacité résiduelle de travail de 85 % dans son activité habituelle, dans laquelle elle peut se prévaloir d'un CFC et de nombreuses années d'expérience. Cela étant, si l'on devait évaluer le degré d'invalidité de la recourante dans une activité lucrative dite adaptée, en procédant à une comparaison de revenus, on n'aboutirait pas davantage au seuil de 40 % lui ouvrant le droit à une rente d'invalidité.

**aa)** S'agissant du revenu sans invalidité, la société G.\_\_\_\_\_SA a indiqué qu'en 2016, l'assurée aurait réalisé un revenu annuel de 62'660 francs (cf. rapport d'employeur du 4 juillet 2017). Après indexation à l'année 2018 au moyen de l'ISS (+ 0,4 % en 2017 et + 0,5 % en 2018 ; tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 1993-2019 »), on obtiendrait un revenu annuel de 63'225 francs.

**bb)** S'agissant du revenu d'invalidé, il y aurait lieu de se référer à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2018. Le salaire de référence pour une femme, tous secteurs d'activités confondus, dans une activité ne nécessitant pas de compétences professionnelles particulières, s'élevait à 4'414 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2018, tableau TA1\_tirage\_skill\_level, niveau de compétence 1), soit 55'219 fr. par an pour une activité exercée à 100 %, compte tenu de la durée hebdomadaire de travail de 41,7 heures dans les entreprises (cf. Indicateurs du marché du travail 2019 ; TA2.1). Compte tenu d'une exigibilité réduite à 85 % en raison de la baisse de rendement et d'un abattement de 10 % destiné à prendre en considération la situation personnelle de la recourante, le revenu d'invalidé déterminant se monterait au minimum à 42'243 francs.

**cc)** Le degré d'invalidité de la recourante s'élèverait par conséquent au plus à 33 % ( $[63'225 - 42'243 \times 100] / 63'225$ ), ce qui exclurait de toute façon le droit à une rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 aLAI).

**15.** On observe enfin que la recourante a demandé la tenue d'une « audience publique » sans en préciser le but. Elle n'a par ailleurs pas invoqué l'art. 6 par. 1 CEDH (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101) et n'a pas non plus fait référence à la jurisprudence y relative. Or, si l'art. 6 par. 1 CEDH garantit à chacun le droit à ce que sa cause soit entendue publiquement, une demande doit être formulée de manière claire et indiscutable (TF 9C\_335/2021 du 9 février 2022 consid. 3.2). Tel n'est pas le cas en l'espèce, la requête formulée par la recourante – assisté d'un mandataire professionnel – constituant vraisemblablement une requête de preuve qui ne fonde pas l'obligation d'organiser des débats publics au sens de l'art. 6 CEDH. Dite requête peut par conséquent être écartée par appréciation anticipée des preuves (cf. ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d).

**16. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 8 avril 2021 confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61, let. a, LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont imputés à la recourante qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, puisqu'elle a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 20 juillet 2021.

**c)** En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61, let. g, LPGA).

**d)** Me Duc a été désigné en qualité d'avocat d'office à compter du 11 mai 2021 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1, let. c, CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il a produit le relevé des opérations effectuées le 31 octobre 2022, justifiant 7 heures et 40 minutes de travail au profit de sa cliente. Les opérations comptabilisées entrent dans le champ temporel et matériel du mandat confié à Me Duc. Dès lors, il y a lieu d'arrêter son intervention à 7 heures et 40 minutes au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1, let. a et b, RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; BLV 211.02.3]), à quoi s'ajoutent des débours à concurrence de 69 fr. et la TVA au taux de 7,7% à hauteur de 111 fr. 55, ce qui représente un montant total de 1'560 fr. 55 pour l'ensemble des opérations assumées dans la présente cause. Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, dont la subrogation demeure réservée (cf. art. 122 al. 2 in fine CPC, également applicable sur renvoi).

**e)** La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser la somme de 2'160 fr. 55 (1'560 fr. 55 + 600 fr.) dès qu'elle sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité. Il incombera à la Direction du recouvrement de la Direction générale des

affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; cf. art. 5 RAJ) de fixer les modalités de ce remboursement.

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 8 avril 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs) sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'560 fr. 55 (mille cinq cent soixante francs et cinquante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- VI. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Jean-Michel Duc, avocat, à Lausanne (pour B.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :