

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 mars 2023

Composition : M. NEU, président
MM. Riesen et Peter, assesseurs
Greffière : Mme Meylan

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI ; 87 al. 3 RAI

E n f a i t :

A. a) G._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante [...] née en [...], arrivée en Suisse le 3 juin 2002, a exercé l'activité de caissière du 1^{er} avril 2004 au 31 janvier 2005, puis d'ouvrière de décembre 2005 à avril 2006, avant de se mettre à son compte en tant qu'esthéticienne dès novembre 2006, activité pour laquelle elle disposait d'une formation.

Souffrant d'une ostéomyélite depuis 1982 traitée chirurgicalement à plusieurs reprises, dont le 19 octobre 2005 par un transfert libre vascularisé de péroné de l'avant-bras gauche par le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé) le 18 juillet 2006.

A la suite d'une hospitalisation dans le secteur psychiatrique N._____ du 9 au 11 août 2006, le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics de difficultés avec son conjoint, de difficultés liées à l'acculturation et d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (cf. rapport du 16 août 2006).

Interrogé par l'Office AI, le Dr Z._____ a indiqué, dans un questionnaire du 14 août 2006, que l'assurée avait présenté une incapacité totale de travail du 4 avril au 8 août 2006 et qu'elle souffrait d'une mobilité partiellement limitée de l'avant-bras et du poignet avec une force de serrage réduite d'un tiers à gauche.

Par décision du 3 septembre 2017, fondée sur l'avis du Service médical régional (ci-après : SMR) du 4 juillet 2007, lequel estimait que l'assurée pouvait reprendre son activité, considérée comme adaptée, dès le 9 août 2006, l'Office AI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif qu'après les diverses interventions chirurgicales, l'évolution de

son état de santé était favorable et que sa capacité de travail était de 100 % dans toutes activités.

b) Par correspondance du 10 juillet 2008, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale, a avisé l'Office AI de l'impossibilité pour l'assurée de continuer son activité comme esthéticienne au taux de 60-80 %, son bras gauche étant trop faible et algique. Ce praticien posait les diagnostics de pantiaphysite du radius gauche ainsi que d'état dépressif léger à moyen. Il proposait la réévaluation pour une rente partielle et la mise en route de mesures professionnelles pour un « recyclage ».

Dans le cadre de l'instruction de cette demande de révision, le Dr J._____ a été interpellé par l'Office AI. Dans son rapport du 30 juillet 2008, il a expliqué que l'assurée présentait des douleurs persistantes depuis la greffe. En décembre 2007, elle avait dû interrompre complètement sa tentative d'activité indépendante car ce travail occasionnait trop de douleurs à son bras gauche. Par ailleurs, son état dépressif avait nécessité un nouveau séjour hospitalier à N._____ (en mai 2008). Il estimait que l'activité d'esthéticienne n'était plus exigible et qu'une activité adaptée n'était possible qu'au taux de 50 %, soit à raison de 4 heures par jour au maximum, avec une perte de rendement.

L'assurée a exercé l'activité de nettoyeuse de surfaces du 4 au 29 août 2008.

Le 25 août 2008, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office AI.

Questionné par l'Office AI, le Dr J._____ a retenu une incapacité de travail dans l'activité d'esthéticienne de 50 % au moins depuis août 2006 (cf. rapport du 28 août 2008).

Dès octobre 2008, l'assurée a bénéficié de mesures d'ordre professionnel sous la forme de prise en charge des frais pour la préparation au permis de conduire.

Par rapport du 22 octobre 2008, la Dre W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics incapacitants d'état dépressif moyen, de difficultés avec le conjoint et de difficultés liées à l'acculturation. Elle évaluait l'incapacité de travail dans l'activité habituelle à 50 % depuis le suivi, soit depuis le 21 août 2008. Répondant à des questions complémentaires, ce médecin a précisé que l'assurée allait mieux sur le plan psychique, mais qu'elle avait encore un problème de concentration. Son pronostic était bon.

Le SMR, par ses médecins les Drs H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et K._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, et en chirurgie de la main, a procédé à un double examen clinique, de chirurgie de la main et psychiatrique, le 11 décembre 2008. Ces médecins ont retenu, dans leur rapport du 5 janvier 2009, le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de status après ostéomyélite du radius gauche, status après opérations multiples, résection partielle longitudinale du radius et reconstruction par transfert libre microchirurgical du péroné droit. La dysthymie était sans répercussion sur la capacité de travail. S'agissant des limitations fonctionnelles en lien avec le membre supérieur gauche et le membre inférieur droit, il était nécessaire d'éviter les activités manuelles de force ou exigeant des mouvements contre résistance, l'usage d'appareil à vibrations, les activités exigeant des mouvements répétitifs extrêmes du poignet et les travaux exigeant des déplacements de longue durée. Ils ont considéré que la capacité de travail était entière dans l'activité habituelle, estimée compatible avec les limitations fonctionnelles décrites, et dans une activité adaptée depuis le 1^{er} juillet 2004, soit un an après sa dernière opération, sous réserve de deux courtes incapacités en 2005 et 2006.

L'assurée a obtenu un permis de conduire dans la catégorie C1-D1 [véhicule de travail et voitures automobiles affectées au transport de personnes] en date du 30 juillet 2009. Dès le 2 novembre 2009, l'assurée a ainsi été engagée au poste de chauffeur de courses scolaires, à temps partiel (47 %), auprès du B._____.

Le 29 juin 2010, l'assurée a subi une résection de la tête ulnaire et une stabilisation ligamentaire par le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, en raison d'une arthrose importante radio-ulnaire distale associée à des troubles neurologiques distaux.

En incapacité de travail dès mai 2010, l'assurée a été licenciée pour le 31 août 2010.

Par correspondance du 27 août 2010, le Dr J._____ a informé l'Office AI de l'aggravation de l'état de santé de l'assurée et indiqué qu'à partir du 1^{er} octobre 2010 une possible reprise d'activité à 50 % pourrait être envisagée, ce qu'il a confirmé le 12 septembre 2010.

Par rapport du 5 octobre 2010, l'unité de chirurgie de la main des S._____ a indiqué que l'assurée présentait une incapacité de travail de 50 % dès le 13 septembre 2010.

Par décision du 1^{er} mars 2011, fondée sur l'avis SMR du 3 novembre 2010, l'Office AI a retenu des limitations fonctionnelles touchant au membre supérieur gauche qui n'autorisaient aucune activité manuelle de force ou nécessitant des mouvements contre résistance ou répétitifs du poignet ; l'usage d'appareil à vibrations n'était pas non plus conseillé. La capacité de travail de l'assurée restait néanmoins entière dans une activité qui tenait compte de ces limitations. Ainsi, à la suite de l'intervention chirurgicale, la capacité de travail dès septembre 2010 était de 50 % en tant que chauffeur de minibus et entière dans une activité adaptée aux limitations. Le revenu d'invalidé, après abattement de 10 %, selon l'Office fédéral de la statistique (OFS) était de 46'342 fr. 04. Sans

atteinte à la santé, l'assurée pouvait prétendre, dans une activité à temps complet, à un revenu annuel de 51'491 fr. 15. Elle présentait donc un degré d'invalidité de 10 %, ce qui ne lui ouvrait pas le droit à une rente.

L'assurée a repris, du 29 août 2011 au 31 octobre 2012, son emploi de chauffeur de courses scolaires auprès du B._____, et en parallèle, a exercé l'activité d'employée polyvalente du 12 décembre 2011 au 31 juillet 2012 auprès d'un restaurateur.

c) Par correspondance du 7 janvier 2013, l'assurée a transmis à l'Office AI une attestation du 17 décembre 2012 du Dr P._____, lequel indiquait avoir repris en charge l'assurée dans le cadre d'une arthrose radio-carpienne avancée. Il avait réalisé une arthrodèse radio-scapho-lunaire le 21 novembre 2012, induisant une incapacité totale pendant deux mois.

Interpellé par l'Office AI au sujet de cette nouvelle demande, le Dr J._____ a, dans son rapport du 26 mars 2013, posé les diagnostics d'arthrodèse radio-scapho-lunaire gauche pour arthrose et de trouble bipolaire et hypomane, impulsivité et conflit conjugal. L'aggravation psychique était survenue en mai-juin 2012, sous forme de trouble de la personnalité chez une personne émotionnellement labile, avec aggravation du conflit conjugal, impulsivité et évolution vers un trouble bipolaire et hypomane. Son degré d'incapacité était de 100 % du 23 mai 2012 au 24 février 2013, puis de 50 % dès le 25 février 2013 en tant que chauffeur de minibus. Le taux partiel permettait d'effectuer un peu de travail sans exacerber les douleurs du poignet gauche. Une aggravation de sa santé psychique posait problème tant pour son aptitude à la conduite professionnelle que pour une autre activité adaptée.

Par certificat médical du 4 avril 2013, le Dr P._____ a expliqué que l'arthrodèse était parfaitement consolidée et que l'assurée avait pu reprendre une activité professionnelle à 50 %. Cette reprise avait lieu pour l'instant dans la conduite automobile, mais le port répété de charges, comme dans une activité de cuisine, ne pouvait être réalisé pour

le moment. Au vu des douleurs au poignet lors de la mise en charge de celui-ci, on ne pouvait pas encore augmenter son taux.

L'assurée a effectué une mission temporaire en qualité de femme de chambre du 21 mai au 12 juin 2013 et a débuté une activité de chauffeur pour X. _____ dès le 1^{er} septembre 2013.

Dans un questionnaire du 8 octobre 2013, le Dr T. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics incapacitants d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et de trouble du comportement avec impulsivité depuis juin 2012. L'incapacité de travail de l'assurée était de 50 % depuis octobre 2012. L'activité exercée n'était plus exigible, mais une activité adaptée au handicap était possible à 100 %. Les limitations consistaient en une anxiété et des difficultés dans la gestion du stress.

Quant au Dr P. _____, il a indiqué que l'assurée souffrait de douleurs invalidantes augmentant au niveau de son avant-bras gauche et qu'elle pouvait maintenir son activité de chauffeur à 50 %, mais ne pouvait pas maintenir le poste qu'elle occupait dans une cantine dès lors qu'il s'agissait d'une activité manuelle. Il était souhaitable de tenter une reconversion dans une activité non manuelle. En cas d'impossibilité d'un reclassement, une rente devait être envisagée (cf. correspondance du 14 avril 2014).

Le 16 avril 2014, l'Office AI a octroyé une aide au placement à l'assurée, qui a débuté une activité de conducteur de taxi dès le 22 mai 2014.

Le 26 mai 2015, l'assurée a subi une ablation du matériel d'ostéosynthèse du poignet gauche, après une ténosynovectomie des tendons extenseurs radiaux du carpe et des doigts longs, pratiquée par le Dr P. _____.

Par correspondance du 29 juin 2015, le Dr J._____ a informé l'Office AI d'une nouvelle aggravation de l'état de santé de l'assurée ayant nécessité un arrêt de travail depuis le 21 mai 2015.

Le 21 décembre 2015, l'Office AI a mis un terme à l'aide au placement, considérant qu'il n'avait malheureusement pas été possible, dans un délai convenable, de réintégrer l'assurée sur le marché du travail.

Par correspondance du 20 janvier 2016, faisant suite à « plusieurs rappels », l'Office AI a réclamé des renseignements au Dr T._____, avant d'inviter l'assurée à intervenir auprès de ce praticien par courrier du 7 mars 2016.

Appelé à se déterminer par l'Office AI sur son courrier du 29 juin 2015, le Dr J._____ a indiqué, le 23 juin 2017, que l'atteinte justifiant l'arrêt de travail était l'arthrodèse complémentaire du 26 mai 2015. L'assurée avait repris son activité de chauffeur de taxi après trois semaines d'arrêt. Ses limitations fonctionnelles consistaient dans le blocage de son poignet gauche et des difficultés à porter les valises des clients. La validité de son permis de conduire professionnel était conditionnée par le Service des automobiles à l'état de son poignet gauche et à son état psychique.

Au vu des douleurs para-articulaires, le Dr P._____ a procédé à des infiltrations au niveau de la 4^{ème} coulisse des extenseurs ainsi qu'au niveau des extenseurs radiaux du carpe (cf. rapport du 23 octobre 2019) ; le 11 décembre 2019, il a pratiqué une cure de ténosynovite de « De Quervain » associée à un lipofilling avec prélèvement antébrachial gauche (cf. compte-rendu opératoire du 16 décembre 2019).

Par rapport du 21 janvier 2020, le Dr P._____ a expliqué qu'au vu de l'aspect multiopéré de la main, il n'avait pas de solution simple pour diminuer la symptomatologie de contact en regard du scaphoïde.

d) L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office AI le 25 février 2020, mois au cours duquel son activité de chauffeur de taxi a pris fin.

Par rapport du 11 mars 2020, le Dr T._____ a considéré que les crises de douleurs étaient plus fortes et fréquentes et difficiles à gérer. Des répercussions psychiques étaient évidentes : l'assurée était devenue plus angoissée, irritable, souffrait d'insomnies conciliatoires et de symptômes de dépression, ayant de la tristesse, un manque de plaisir, une fatigue et une perte de l'intérêt. Ce praticien considérait qu'une rente partielle était justifiée, posant les diagnostics de trouble de l'adaptation, réaction mixte, et de personnalité émotionnellement labile type impulsif.

Par correspondance du 16 mars 2020, le Dr J._____ a annoncé une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Son psychiatre, le Dr T._____, avait dû la mettre en arrêt de travail de longue durée. Son état de santé psychique décompensé remettait en question son aptitude à la conduite.

Le 29 mai 2020, l'assurée a subi une arthrolyse radio-médio-carpienne gauche par plaque synthèse, pratiquée à nouveau par le Dr P._____, occasionnant un arrêt de travail jusqu'au 29 juin 2020.

Interpellé par l'Office AI, le Dr T._____ a retenu, le 30 mai 2020, les diagnostics incapacitants de personnalité émotionnellement labile de type impulsif ainsi que d'ostéomyélites du bras gauche depuis le 23 janvier 2013. La capacité de travail de l'assurée était nulle. Les limitations fonctionnelles consistaient en des activités physiques, surtout sur demande de mobilisation des bras et de la force musculaire. Dans un contexte de réhabilitation, il considérait que l'assurée pouvait être active à 50 % au maximum.

L'assurée s'est vu retirer son permis de conduire en juin 2020, à la suite d'un avis adressé par l'Office AI au Service des automobiles et de la navigation.

Par certificat médical du 24 septembre 2020, le Dr P. _____ a expliqué que l'assurée ne pouvait pas reprendre son activité professionnelle de chauffeur de taxi, ce de manière définitive.

Sur recommandation du Dr D. _____, médecin au SMR (avis du 16 novembre 2020), l'Office AI a diligenté une expertise pluridisciplinaire (rhumatologie, psychiatrie et médecine interne), dont le mandat a été confié au M. _____. Les Drs L. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, MM. _____, spécialiste en médecine interne générale, et EE. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont procédé aux examens utiles les 17 et 24 février 2021 pour le compte du M. _____. Dans leur rapport du 12 mai 2021, les experts ont retenu les diagnostics de : status après ostéomyélite chronique ou pandiaphysite chronique du radius gauche diagnostiquée en 1982, et à l'origine de treize opérations ; trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque sans symptômes psychotiques ; antécédents de dysthymie, ainsi que d'épisodes dépressifs dans le cadre d'un trouble affectif bipolaire ; personnalité émotionnellement labile type impulsif ; troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinente ; antécédents familiaux d'abus d'alcool ; difficultés dans le rapport avec le conjoint ; antécédents personnels de comportement autodestructeur ; tabagisme important ; et nodule pulmonaire découvert fin 2019, en investigation actuellement, avec possible fibrose pulmonaire débutante. Ses atteintes à la santé étaient à l'origine des limitations fonctionnelles suivantes : absence de flexion-extension du poignet gauche (status après arthrodèse), légère diminution de la pro-supination et une diminution de la force de préhension. A cause des douleurs continues ressenties et de leur augmentation à l'utilisation de la main gauche, l'expertisée était limitée dans l'utilisation de cette main, qui se manifestait également par l'impossibilité de porter toute charge. Sur le plan psychiatrique, il était noté une anxiété, une impulsivité, une difficulté de gestion des émotions et du stress, et des difficultés dans les relations interpersonnelles. Les experts ont estimé que dans l'activité de chauffeur de taxi, la capacité de travail de l'assurée était

nulle depuis février 2021, date de son hospitalisation en milieu psychiatrique. Dans une activité adaptée, sa capacité de travail était nulle depuis février 2021 jusqu'à six mois après l'introduction d'un stabilisateur d'humeur. Après traitement par un stabilisateur d'humeur, une nouvelle évaluation psychiatrique devrait être faite, afin d'évaluer l'éventualité d'une reprise dans une activité adaptée à 50 % ou à 100 % ainsi que les limitations fonctionnelles et la diminution de rendement. Les experts ont également répondu aux questions posées par l'Office AI en ces termes :

« Questions se rapportant au cas précis

- Merci de déterminer la date où l'atteinte à la santé s'est éventuellement aggravée (postérieure à la dernière Décision AI entrée en force le 01.03.2011).

Rappel : le 01.03.2011 l'AI notifie par courrier à Madame G. _____ que sa décision est un refus de rente d'invalidité.

L'expertise AI fixe le début de l'aggravation de l'état de santé de Madame G. _____ au 01.01.12.

De façon consensuelle, l'évolution de la capacité de travail dans une activité habituelle est de 100% du 01.03.11 au 31.12.11 Elle est de 0% du 01.01.12 jusqu'au 31.03.15 (fin d'une période de chômage), de 50% du 01.04.15 au 10.12.19, 0% du 11.12.19 (date de l'opération du syndrome De Quervain au poignet gauche) au 31.01.20, 50% du 01.02.20 au 28.05.20, 0% depuis le 29.05.20 (date de l'opération, soit arthrodèse intracarpienne du poignet gauche) au « date indéterminée », puisque 0% de capacité de travail jusqu'à 6 mois après introduction d'un traitement par stabilisateur d'humeur, où la capacité de travail doit être réévaluée.

- Merci de déterminer la capacité de travail dans l'activité habituelle, depuis quand ?

Elle est celle qui a été notée ci-dessus.

- Merci de déterminer les limitations fonctionnelles objectives, d'ordre strictement médical, sans tenir compte du contexte psychosocial, de l'âge, ni de la formation.

Les limitations fonctionnelles sont d'ordre orthopédique et psychiatrique.

Elles consistent en l'impossibilité de porter même la plus petite charge, d'exercer une préhension avec force, et d'utiliser cette main de façon régulière et répétée à cause des douleurs, la main atteinte étant la main non dominante. Ces limitations sont complétées par les limitations psychiatriques suivantes : anxiété, impulsivité, difficulté de gestion des émotions et du stress, difficultés dans les relations interpersonnelles.

- Merci de déterminer la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles que vous venez de définir, depuis quand ?

La capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles est de 100% depuis le 01.03.2011 au 31.03.15, de 50% du 01.04.15 au 10.12.19, de 0% du 11.12.19 (date de l'opération du syndrome de De Quervain au poignet gauche) au 31.01.20 (fin de la période de réadaptation du poignet gauche), 50% du 01.02.20 au 28.05.20, 0% depuis le 29.05.20 (date de l'opération, soit arthrodèse intracarpienne du poignet gauche) jusqu'à 6 mois post-médication consistant en l'introduction d'un stabilisateur d'humeur, date à laquelle une réévaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée devrait être faite. Cette dernière incapacité de travail de 0% est due à l'atteinte orthopédique, puis au chevauchement de l'atteinte orthopédique et psychiatrique, puis de l'atteinte psychiatrique, qui sera déterminante dans la réévaluation d'une capacité de travail adaptée.

- Merci de déterminer les ressources mobilisables (interne et externe), selon les critères jurisprudentiels.

Bien que gravement atteinte dès l'âge de 10 ans au niveau de son avant-bras gauche (ostéomyélite du radius, dont le traitement a dû aller jusqu'à réséquer la diaphyse de ce dernier), Madame G. _____ a toujours été active professionnellement, avec en particulier une fois en [...] et une fois en Suisse en mettant sur pied une entreprise à titre d'indépendante. Parmi les autres ressources internes, elles ne sont pas précisément évaluables le jour de l'expertise, particulièrement sur le plan psychiatrique. Il est noté cependant qu'elle parle français, et que malgré une intégration difficile, elle a pu suivre 2 formations et travailler de manière autonome (école d'esthéticienne et acquisition d'un permis de conduire professionnel pour le transport de personnes - minibus scolaire et taxi). Sur le plan des ressources externes, on note un réseau médical (le traitement de l'ostéomyélite et de ses conséquences a été optimal, avec une récupération fonctionnelle du membre supérieur gauche bonne sur le plan clinique, mais pénalisée par la présence de douleurs). Pour le reste, il y a peu d'informations sur son cercle social. Des conflits conjugaux sont rapportés de longue date. »

Le Dr D. _____ s'est rallié aux conclusions formulées par les experts du M. _____ et a retenu une aggravation dès avril 2015, une incapacité de travail de 50 % jusqu'au 28 mai 2020, puis à 100 % (cf. avis SMR du 8 juin 2021).

Par avis du 17 août 2021, la juriste de l'Office AI a proposé de considérer que la demande de 2013 était close malgré l'absence de décision formelle (mention faite d'une « clôture ged » à la date du 29 juin 2017), par l'écoulement du temps et en l'absence de réaction de l'assurée dans un délai raisonnable, et de retenir une incapacité totale

dans toute activité depuis mars 2020 (pour raison psychiatrique post licenciement, puis pour raison somatique dès le 29 mai 2020) ouvrant le droit à une rente entière depuis mars 2021.

Par projet de décision du 24 août 2021, confirmée par décision du 26 octobre 2021, l'Office AI a octroyé à l'assurée une rente entière dès le 1^{er} mars 2021.

Par courrier du 15 novembre 2021, l'assurée a indiqué à l'Office AI vouloir recourir contre la décision précitée, précisant vouloir un « dédommagement » pour la période de 2009 à janvier 2020.

B. Le 13 décembre 2021, G. _____ a saisi le Secrétariat Général du Tribunal cantonal d'un recours contre la décision du 26 octobre 2021, recours transmis à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal comme objet de sa compétence le 14 décembre 2021. Elle a joint à son acte divers documents dont un certificat médical du 15 juin 2021 faisant référence à une hospitalisation en milieu psychiatrique du 12 au 14 juin 2021.

Interpellée par la Cour de céans, l'assurée a expliqué contester le montant de sa rente et réclamer des indemnités depuis le 1^{er} janvier 2011, par correspondance du 27 décembre 2021.

Le 27 janvier 2022, le juge instructeur a mis l'assurée au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 11 décembre 2021, limitée à l'exonération d'avances et de frais judiciaires.

Dans sa réponse du 24 février 2022, l'Office AI a expliqué que les arguments de l'expert psychiatre en faveur d'une incapacité de travail partielle continue depuis le 1^{er} avril 2015 n'étaient pas convaincants et contredisaient les informations obtenues du médecin généraliste traitant dans son rapport du 23 juin 2017, ainsi que les données économiques. Admettre un début d'incapacité de travail durable en mars 2020 respectait en revanche les dires du médecin traitant dans ses rapports des 11 mars

et 11 juin 2020 [recte : 30 mai 2020], les données économiques ressortant de l'extrait du compte individuel de cotisations et les informations données par l'assurée elle-même dans sa demande de prestations. Il a donc proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

L'assurée s'est exprimée par réplique du 11 avril 2022 et l'Office AI par duplique du 27 avril 2022.

Le 16 juin 2022, l'assurée a déposé divers documents dont des certificats médicaux attestant d'hospitalisations en milieu psychiatrique en 2021.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. En effet, la recourante a déposé son acte le 15 novembre 2021 en mains de l'intimé, à qui il incombait de le transmettre sans délai à la Cour des assurances sociales comme objet de sa compétence, comme le lui imposait l'art. 30 LPGA.

2. a) Le litige porte sur le début du droit à une rente et la quotité de celle-ci dans le cadre d'une nouvelle demande.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 26 octobre 2021 (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).

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au

moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

4. Lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un précédent refus de prestations, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue (art. 87 al. 3 RAI dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021). Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence citée ; TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante 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 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

c) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale confiée par l'administration à

des médecins spécialistes externes, ainsi qu'à celles d'une expertise 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. 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 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1).

6. Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

7. a) En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur l'avis de sa juriste du 17 août 2021 pour retenir l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} mars 2021.

b) Au préalable, il convient de se pencher sur la clôture informelle, le 29 juin 2017, de la troisième demande déposée le 7 janvier 2013, respectivement sur le bien-fondé de l'enregistrement de la quatrième demande du 25 février 2020, cette question influant sur le début et donc la durée du droit aux prestations.

Il est incontestable que la troisième demande - qui n'a jamais été retirée par la recourante, ni fait l'objet d'une renonciation aux prestations de sa part - n'a donné lieu à aucun projet de décision (art. 57a LAI et 73bis RAI), ni à aucune décision formelle sujette à recours (art. 49 LPGA, 57 let. g LAI et 74 RAI), mais fût clôturée par simple avis du gestionnaire de dossier le 29 juin 2017.

La décision attaquée se rapporte à l'avis d'une juriste du 17 août 2021 justifiant la clôture de la troisième demande sans décision formelle au motif que la recourante n'aurait pas donné suite en temps utile à une demande de renseignements médicaux (avertissement du 7 mars 2016), respectivement qu'elle aurait laissé s'écouler un laps de temps trop conséquent avant de requérir la poursuite de l'instruction de son cas en février 2020, ce qui aurait justifié, en application de la jurisprudence du Tribunal fédéral (9C_623/2015), la clôture informelle de la troisième demande.

Cette argumentation ne saurait être suivie. Il ressort du dossier que, dans le cadre de l'instruction de la troisième demande, la mesure d'aide au placement octroyée ne faisait en rien obstacle à l'examen du droit à d'autres prestations, ni donc à la poursuite de l'instruction, du moins jusqu'à la date d'octroi de cette mesure, soit jusqu'au 16 avril 2014. Au demeurant, il sied de constater que l'Office AI a poursuivi l'instruction du cas. A l'annonce d'une incapacité de travail prolongée (en juin 2015), l'intimé a interpellé le psychiatre traitant de la recourante. S'il est certes vrai que ni la recourante ni le médecin psychiatre, interpellés par l'intimé, n'ont donné suite à la demande de renseignements dans le délai imparti, il convient toutefois de constater que la recourante, atteinte dans sa santé psychique, était difficilement à même de disposer des ressources et des compétences pour répondre en lieu et place de son médecin traitant. Cela ne dispensait en aucun cas l'intimé de rendre une décision formelle de clôture de la demande, en l'occurrence en l'état du dossier, au motif d'un prétendu défaut de collaboration. Cela étant, force est de constater qu'en l'absence de

réponse du psychiatre, une mesure d'instruction subséquente, postérieure à l'avertissement, a été diligentée par l'intimé, par l'interpellation du médecin traitant, le Dr J._____, lequel a répondu aux questions posées par l'intimé dans un rapport du 23 juin 2017, soit avant que le gestionnaire de dossier ne semble avoir clôturé le cas pour défaut de collaboration ; une clôture ne se justifiait donc pas non plus pour ce motif car, dans un tel cas de figure, il convient, dans le cadre d'une instruction qui doit être diligentée d'office, d'inviter le SMR ou tout autre service compétent à se prononcer sur les explications du médecin traitant, puis à rendre une décision, au besoin par la mise en œuvre d'une expertise, comme cela s'est fait du reste subséquemment.

A cela s'ajoute que la jurisprudence du Tribunal fédéral invoquée par la juriste de l'intimé ne paraît pas transposable au cas de la recourante. En effet, l'arrêt invoqué – qui traite du délai que l'on peut raisonnablement opposer à un assuré pour qu'il prenne des nouvelles de l'instruction de son cas et requière une décision – fait état d'une absence totale de réaction sur une période bien plus longue, de plusieurs années (plus de cinq ans, voire dix ans), ce qui n'est manifestement pas le cas de la recourante, d'autant que la procédure d'instruction de son cas restait ouverte à la suite du dépôt du rapport de son médecin traitant.

En conclusion, on ne saurait considérer que les démarches entreprises par la recourante en février 2020 puissent être assimilées à une nouvelle demande, mais bien plutôt qu'elles tendaient à la poursuite de l'instruction de sa troisième demande de 2013, sur laquelle aucune décision n'avait encore été rendue.

Il convient dès lors de constater que la décision du 26 octobre 2021 n'a pas pris en compte la période du 7 janvier 2013 au 24 février 2020, alors même que c'est à l'aune du dies a quo de la troisième demande, déposée le 7 janvier 2013, que l'intimé devait se prononcer sur le droit aux prestations, cela jusqu'au 26 octobre 2021, date à laquelle la décision dont est recours a été rendue.

Partant, dans la mesure où l'état de fait retenu par l'intimé se trouve amputé d'une période de sept années au cours desquelles les atteintes à la santé et la capacité de travail de la recourante ont connu des fluctuations sensibles, la décision dont est recours s'avère manifestement mal fondée.

c) La complexité du cas, constatée lors de la reprise de l'instruction en février 2020, a conduit le SMR à requérir une expertise pluridisciplinaire auprès du M._____. Ainsi, la recourante a fait l'objet d'une expertise en rhumatologie, psychiatrie et médecine interne, laquelle fournit un tableau clinique exhaustif et évolutif de sa situation. Dans leur rapport du 12 mai 2021, les experts ont dressé une anamnèse complète et résumé tous les éléments médicaux à leur disposition. Ils ont listé les plaintes de la recourante, les ont confrontées à leurs constatations cliniques objectives et ont posé des conclusions cohérentes quant aux diagnostics retenus, à l'appréciation de la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, ainsi que dans l'énumération des restrictions fonctionnelles, tout en se distanciant des appréciations des deux médecins traitants, précisément en adoptant une approche globale du cas qui avait manifestement fait défaut jusqu'alors. Ils se sont également prononcés sur les traitements mis en place et esquissé un pronostic.

Se fondant sur leurs diagnostics (status après ostéomyélite chronique ou pandiaphysite chronique du radius gauche ; trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque sans symptômes psychotiques ; antécédents de dysthymie, ainsi que d'épisodes dépressifs dans le cadre d'un trouble affectif bipolaire ; personnalité émotionnellement labile type impulsif ; troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinente ; antécédents familiaux d'abus d'alcool ; difficultés dans le rapport avec le conjoint ; antécédents personnels de comportement autodestructeur ; tabagisme important ; et nodule pulmonaire, en investigation), les experts ont conclu, de manière consensuelle, que la recourante avait disposé d'une capacité de travail dans son activité habituelle de 100 % du 1^{er} mars 2011 au

31 décembre 2011, de 0 % du 1^{er} janvier 2012 au 31 mars 2015, de 50 % du 1^{er} avril 2015 au 10 décembre 2019, de 0 % du 11 décembre 2019 au 31 janvier 2020, de 50 % du 1^{er} février 2020 au 28 mai 2020 et de 0 % depuis le 29 mai 2020. Dans le cadre d'une activité adaptée, la recourante bénéficiait, selon les experts, d'une capacité de travail de 100 % du 1^{er} mars 2011 au 31 mars 2015, de 50 % du 1^{er} avril 2015 au 10 décembre 2019, de 0 % du 11 décembre 2019 au 31 janvier 2020, de 50 % du 1^{er} février 2020 au 28 mai 2020, puis de 0 % depuis le 29 mai 2020.

Quant aux limitations fonctionnelles, les experts ont retenu qu'elles étaient d'ordre orthopédique et psychiatrique, soit l'impossibilité de porter même la plus petite charge, d'exercer une préhension avec force, et d'utiliser sa main de façon régulière à cause des douleurs, la main atteinte étant la main non dominante ; à ces limitations s'ajoutaient l'anxiété, l'impulsivité, la difficulté de gestion des émotions et du stress et les difficultés dans les relations interpersonnelles.

aa) Sur le plan somatique, l'expert orthopédiste L._____ a relevé une péjoration progressive de l'état du poignet gauche de la recourante. Il a proposé de prendre en compte la date du 1^{er} janvier 2012 comme début de cette péjoration, étant rappelé que la recourante avait subi une arthrodèse radio-scapho-lunaire en novembre 2012. Quant à l'expert MM._____, il n'a retenu aucun diagnostic de médecine interne à l'exception du tabagisme.

L'appréciation de l'expert L._____ quant à une aggravation dès 2012 est corroborée par l'avis du Dr J._____ qui a indiqué, par rapport du 26 mars 2013, que la recourante avait été en incapacité totale de travail dès mai 2012.

Cet expert s'est exprimé, de manière convaincante, sur l'évolution de la capacité de travail, sur le plan orthopédique, estimant la recourante en incapacité totale dans son activité habituelle du 29 mai 2020 au 30 mai 2021, soit dès son arthrodèse radio-medio-

carpienne. Puis, dès le 1^{er} juin 2021, soit une année après l'arthrodèse du poignet gauche, l'expert L._____ a estimé que tant dans l'activité exercée que dans une activité adaptée, la recourante disposait d'une capacité totale de travail totale, étant précisé que la recourante ne pouvait rien porter avec la main gauche (main non dominante) et utiliser cette dernière simplement comme aide. Le dossier médical rend compte d'une incapacité totale d'un mois à la suite de l'arthrodèse (cf. certificat médical du 29 mai 2020) ainsi que d'incapacités de travail attestées du 15 au 31 octobre 2020, puis du 24 novembre au 31 décembre 2020, ce qui confirme l'avis de l'expert.

L'avis de l'expert L._____ peut d'autant plus être confirmé que le Dr P._____, à la suite de l'arthrodèse, ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de la recourante dans le cadre d'une activité adaptée (cf. rapport du 24 septembre 2020) et qu'aucun élément médical au dossier ne vient contredire cette évaluation.

bb) Sur le plan psychiatrique, l'expertise répond aux exigences de la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de troubles psychiques, ce dont la juriste de l'intimé convient, se bornant à critiquer l'incapacité de travail retenue depuis le 1^{er} avril 2015.

Certes, l'expertise psychiatre semble succincte sur certains points, mais on note que la collaboration de la recourante ne s'est pas révélée optimale. L'établissement d'une anamnèse structurée a dès lors posé problème à l'expert EE._____, la recourante étant oppositionnelle, agitée, irritable et dans la colère, interrompant l'expert et ne répondant pas aux questions (cf. page 25 pt 3.1 de l'expertise). De même, la recourante n'a pas été à même de renseigner sur son état psychique et l'évolution récente de celui-ci (cf. page 25 pt 3.2). S'agissant d'apprécier le retentissement des plaintes dans le cadre de ses relations sociales, l'expert n'a pu obtenir aucune information sur ses éventuelles relations sociales ou ses loisirs, ni sur l'impact de ses troubles sur ces derniers (cf. page 26). La biographie n'a pu être reconstruite que sur la base du dossier

médical (cf. page 26). L'expert a également noté n'avoir aucune information sur le déroulement d'une journée habituelle (cf. page 27).

Malgré la faible collaboration de la recourante, le rapport d'expertise a été établi sur la prise de connaissance complète du dossier, prenant en compte les plaintes de la recourante. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont par ailleurs claires et les conclusions de l'expert sont dûment motivées.

L'expert EE. _____ a posé les diagnostics de trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque sans symptôme psychotique, des antécédents de dysthymie ainsi que d'épisodes dépressifs dans le cadre d'un trouble affectif bipolaire, de personnalité émotionnellement labile type impulsif, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinente, avec des antécédents familiaux d'abus d'alcool, de difficultés dans les rapports avec le conjoint et d'antécédents personnels de comportement autodestructeur. L'expert a étayé ses diagnostics en expliquant que la recourante avait signalé une dysthymie de longue date, en lien avec un syndrome douloureux du bras gauche, que le dossier comportait plusieurs épisodes dépressifs (hospitalisations à N. _____), qu'une dysthymie non incapacitante avait été retenue par les médecins du SMR lors de leur examen du 11 décembre 2008 (cf. rapport du 5 janvier 2009), qu'en 2013 le Dr J. _____ avait mentionné la bipolarité et que, six mois plus tard, le Dr T. _____ avait constaté un état dépressif sévère, sans symptôme psychotique. L'expert a pu cliniquement observer une symptomatologie irritative, une désorganisation, un discours décousu avec des sauts de « coq à l'âne » et une agitation psychomotrice. L'expert a également pris en compte des difficultés caractérielles, avec passage à l'acte, une consommation occasionnelle d'alcool, une impulsivité et une colère avec forte irritabilité dans le passé, soit autant d'éléments révélateurs du trouble affectif, dans un contexte social difficile, marqué par des difficultés d'adaptation à la vie en Suisse (cf. pages 28 et 29 pt 6).

L'expert a pu déterminer les ressources personnelles à disposition de la recourante. Il a retenu que l'intelligence était difficile à évaluer, tout en constatant qu'aucune limitation n'était signalée dans le passé (cf. page 27 pt 4.3), étant précisé que la collaboration était fortement teintée par son état d'agitation (cf. page 28 pt 4.3). L'expert n'avait pas d'information sur sa vie de jeune adulte, mais il semblait qu'elle avait pu organiser une vie professionnelle, en assumant la responsabilité de sa propre entreprise durant de nombreuses années en [...] (cf. page 29 pt 6). L'expert a néanmoins estimé qu'elle ne bénéficiait d'aucune ressource utilisable, souffrant d'anxiété, d'impulsivité, de difficultés dans le cadre de la gestion des émotions, du stress et des difficultés dans les relations interpersonnelles (cf. page 30 pt 7.4).

Dans le cadre de l'examen du degré de gravité fonctionnel, on relève d'emblée que les manifestations concrètes de l'atteinte à la santé sont en l'occurrence difficiles à évaluer compte tenu des troubles du comportement. Cependant, l'expert a constaté, sous l'angle du déroulement et de l'issue d'un éventuel traitement, que le suivi sur le plan psychothérapeutique pouvait être intensifié, l'introduction d'un stabilisateur d'humeur permettant par ailleurs d'assurer une relative stabilisation et une prévention de rechutes (cf. page 30 pt 8).

S'agissant des ressources mobilisables, l'expert a indiqué que le contexte social n'était pas facile, avec des difficultés d'adaptation à la vie en Suisse ainsi que des conflits conjugaux (cf. pages 28 et 29 pt 6). L'expert a également noté avoir peu d'information sur son cercle social (cf. page 31 pt 8), tout en observant qu'elle disposait d'un réseau médical (cf. page 7 pt 5). La cohérence des troubles au regard du dossier constitué a par ailleurs été admise, bien que l'anamnèse puisse ne pas être complète ou fiable (cf. page 30 pt 7.3).

Sur la question de la capacité de travail, l'expert a retenu que la recourante disposait d'une capacité de travail de 0 % de 2012 à mars 2015, puis de 50 % entre mars 2015 et janvier 2021 et de 0 % dès février 2021 dans son activité habituelle. Il a également retenu une aggravation

de l'état psychique depuis 2015, « date de diagnostic de trouble affectif bipolaire ». Puis, il a estimé que la recourante avait une capacité de travail entière de 2012 à mars 2015, de 50 % de mars 2015 à janvier 2021, puis de 0 % dès février 2021, dans une activité adaptée.

Par rapport du 8 octobre 2013, le Dr T. _____ a indiqué qu'une activité adaptée était possible à 100 %, étant précisé que l'activité habituelle ne pouvait plus être exercée, et le Dr J. _____ a relevé une aggravation du trouble bipolaire et hypomane en mai-juin 2012 (cf. rapport du 26 mars 2013), ce qui rejoint les constatations de l'expert tendant à faire remonter une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle à 2012, mais une capacité totale dans une activité adaptée à cette époque.

S'il est certes vrai que l'expert retient une aggravation de l'état psychique dès 2015 en raison de la « date de diagnostic de trouble bipolaire » alors même que ce diagnostic est déjà posé en 2013, il convient de relever que, dans son rapport du 30 mai 2020, le Dr T. _____ a noté une aggravation de l'état psychique de la recourante, que l'on comprend comme ayant débuté dès 2015 (la recourante ayant commencé son activité de chauffeur de taxi en 2014), en ces termes : « après une période de stabilisation autant physique que psychique, où elle [la recourante] a fait des travaux comme chauffeur de taxi, l'état clinique s'[est] péjor[é] dû à une recrudescence de douleurs du bras gauche, de type chronique, assez intense qui l'a empêché de continuer au travail et [amener] à être licenciée [ce qui l'a conduit à] une péjoration de son état de psychique, avec des angoisses, perte de l'estime de soi, tristesse et augmentation de son impulsivité, colère et irritabilité ». L'aggravation de l'état psychique dès 2015, à laquelle fait référence l'expert psychiatre, est ainsi en lien avec l'activité adaptée, celle-ci ne pouvant être désormais fixée qu'à 50 % (cf. rapport du 30 mai 2020 du Dr T. _____).

Enfin, l'expert psychiatre a conclu que dès février 2021, date d'examen de la recourante, celle-ci était en incapacité totale de travailler tant dans une activité habituelle qu'adaptée.

Compte tenu de ce qui précède, on peut reconnaître une pleine valeur probante au volet psychiatrique de l'expertise, tant les diagnostics que les capacités de travail retenus par l'expert se recoupant avec ceux retenus par le psychiatre traitant, le Dr T._____, et par le médecin traitant, le Dr J._____.

d) A l'issue de leurs examens, les experts ont ainsi retenu, de manière consensuelle, que la recourante disposait des capacités de travail suivantes dans toutes activités : 50 % du 1^{er} avril 2015 au 10 décembre 2019, laquelle s'explique par le rapport du 30 mai 2020 du Dr T._____ attestant d'une capacité de travail de 50 % ; 0 % du 11 décembre 2019 au 31 janvier 2020, correspondant à la cure de ténosynovite réalisée le 11 décembre 2019 par le Dr P._____ et à la période de convalescence qui s'en est suivi ; 50 % du 1^{er} février 2020 au 28 mai 2020, soit la reprise du taux annoncé par le Dr T._____ à la suite de l'intervention précitée ; puis 0 % dès le 29 mai 2020, induite par l'arthrodèse. S'agissant de la période antérieure, les experts ont retenu que, dans l'activité habituelle, la recourante avait disposé d'une pleine capacité de travail du 1^{er} mars 2011 au 31 décembre 2011, puis était devenue incapable de travailler du 1^{er} janvier 2012 au 31 mars 2015, période d'incapacité s'expliquant par le rapport du 8 octobre 2013 du Dr T._____, lequel a fixé une capacité de travail totale dans une activité adaptée mais nulle dans l'activité habituelle, ainsi que par l'aggravation de l'état du poignet gauche de la recourante. Dans une activité adaptée, la recourante était capable de travailler à 100 % du 1^{er} mars 2011 au 31 mars 2015.

e) Force est par ailleurs de constater que le SMR, dans son avis du 8 juin 2021, n'a pas remis en cause la valeur probante de cette expertise. Seule la juriste en charge du dossier, dans sa synthèse du 17 août 2021, a estimé que les experts n'auraient pas correctement apprécié l'évolution de la capacité de travail au regard de l'ensemble des pièces du dossier, critique que l'on peine à suivre.

En effet, la démarche consistant à confronter la capacité de travail retenue par les experts à l'activité exercée par la recourante durant les périodes déterminantes en se rapportant à l'extrait de son compte individuel laisse, au contraire, observer que dès 2013, après le dépôt de sa troisième demande, elle n'a exercé d'activité lucrative qu'à un taux restreint, avec des atteintes à la santé et une capacité de travail fluctuants, de sorte qu'il convenait, soit d'interpeller les experts spécialistes afin qu'ils éclaircissent d'éventuelles questions ou lèvent de prétendues contradictions, soit de s'en tenir à leurs conclusions, telles que motivées après une appréciation globale du cas, en consilium, sur la base d'un dossier complet qu'ils avaient manifestement pris en considération en s'y rapportant ponctuellement.

La juriste de l'intimé perd également de vue d'autres considérations d'ordre médical. Ainsi, l'incapacité de travail a certes été établie par l'expert psychiatre, mais également de façon consensuelle avec le concours de l'expert orthopédiste. Par ailleurs, le médecin traitant de la recourante avait rapporté tant en 2012 avec l'arthrodèse radio-scapho-lunaire gauche et le trouble bipolaire hypomane (cf. rapport du 26 mars 2013 du Dr J. _____ que dès mai 2015 (cf. rapport du 29 juin 2015), une aggravation de l'état de santé, étant précisé qu'une ténosynovite réactionnelle au niveau du poignet avait été décelée par ultrason du 4 mai 2015. Lors de cette annonce en 2015, l'intimé avait jugé nécessaire d'interpeller le psychiatre traitant, sans succès, avant de réclamer des informations au Dr J. _____ (cf. rapport du 23 juin 2017). Il convient enfin de souligner que les troubles psychiques dont souffre la recourante sont, en grande partie, induits par la problématique somatique (cf. rapports des 11 mars et 30 mai 2020 du Dr T. _____).

Ainsi, l'avis de la juriste s'avère dénué de pertinence, celle-ci se bornant à manifester son désaccord avec les experts, sans motiver sa position par des éléments médicaux objectifs. Or, l'avis d'un service juridique ne saurait suffire à remettre en question la valeur probante d'une expertise médicale, tombant d'autant plus à faux que n'ont été prises en considération que les constatations et conclusions des experts pour la

période postérieure au dépôt de la prétendue quatrième demande de février 2020, alors qu'il s'agissait d'apprécier l'état de fait à compter de janvier 2013.

f) En définitive, il n'existe au dossier aucun élément médical objectif mettant en doute l'appréciation motivée des experts du M._____. Les périodes de capacité de travail telles que retenues par l'expertise seront donc confirmées, soit :

- dans l'activité habituelle : 100 % du 1^{er} mars 2011 au 31 décembre 2011, 0 % du 1^{er} janvier 2012 au 31 mars 2015, 50 % du 1^{er} avril 2015 au 10 décembre 2019, 0 % du 11 décembre 2019 au 31 janvier 2020, 50 % du 1^{er} février 2020 au 28 mai 2020, puis 0 % dès le 29 mai 2020 ;
- dans une activité adaptée : 100 % du 1^{er} mars 2011 au 31 mars 2015, 50 % du 1^{er} avril 2015 au 10 décembre 2019, 0 % du 11 décembre 2019 au 31 janvier 2020, 50 % du 1^{er} février 2020 au 28 mai 2020, puis 0 % dès le 29 mai 2020.

g) Sous cet angle, on ne peut souscrire à la décision du 26 octobre 2021. Dès lors que la question de la période antérieure n'a pas été traitée dans cette décision, que l'intimé n'a pas retenu les taux de capacité de travail tels que fixés dans l'expertise ni procédé au calcul du taux d'invalidité, la Cour ne saurait se prononcer sauf à priver la recourante de la garantie de la double instance. La cause sera donc renvoyée sur ce plan à l'intimé, pour complément d'instruction, soit examen du droit aux prestations à compter de la date de la troisième demande déposée le 7 janvier 2013, et nouvelle décision.

8. Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de statuer sur les autres arguments de la recourante.

9. **a)** Il résulte de ce qui précède que le recours doit être partiellement admis et la décision annulée, la cause étant renvoyée à

l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision sur le droit à la rente dans le sens des considérants.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, la partie recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est partiellement admis.

- II.** La décision rendue le 26 octobre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision sur le droit à la rente.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

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

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :