

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 juillet 2024

Composition : M. NEU, président
Mmes Brélaz Braillard et Gauron-Carlin, juges
Greffière : Mme Meylan

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourante, représentée par Me Flore Primault, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI ; 17 LPGA

E n f a i t :

A. a) F._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], au bénéfice d'un certificat de capacité de vendeuse, était employée en qualité de secrétaire à temps partiel auprès du garage du [...] depuis le 7 janvier 2008, quand, le 31 mai 2016, alors qu'elle se promenait en forêt, elle a glissé et s'est réceptionnée sur son épaule gauche. Gauchère, elle a été mise en arrêt de travail dès le 7 juillet 2016.

Le 7 juillet 2016, le Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a observé chez l'assurée des troubles neurologiques atypiques, sans notion de traumatisme ou autre facteur déclenchant. Le bilan clinique parlait en faveur d'une pathologie de la coiffe des rotateurs. Etant donné que l'assurée souffrait de paresthésies et d'une faiblesse du membre supérieur gauche avant sa chute, il l'a adressée au Prof. S._____, spécialiste en neurologie, lequel suivait déjà l'assurée depuis 2014 pour une paralysie faciale, afin qu'il l'examine pour mettre en évidence l'origine de ses troubles.

Selon une arthro-IRM [imagerie par résonance magnétique] réalisée le 12 juillet 2016 par la Dre D._____, spécialiste en radiologie, l'assurée souffrait d'une « déchirure intéressant la face profonde et antérieure du tendon du muscle supraépineux intéressant 30 % de l'épaisseur tendineuse », d'une « tendinopathie du long chef bicipital au niveau de son entrée dans la gouttière », étant précisé que les autres tendons de la coiffe des rotateurs ne présentaient pas de déchirure. L'assurée présentait également une « tendinopathie interstitielle focale du sous-scapulaire », une lésion « SLAP 2A » [superior labral antero-posterior lesion] et une « fine bursite sous-acromio-deltoïdienne », avec toutefois une excellente trophicité sans infiltration graisseuse des différents corps musculaires de la coiffe des rotateurs.

Assurée contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas

d'accidents (ci-après : la CNA), le cas a été pris en charge par cette assurance.

Consulté le 11 août 2016, le Prof. S. _____ a indiqué qu'il lui était difficile de savoir au statu quo s'il existait une atteinte nerveuse associée, ce qui était fréquemment le cas dans les chutes avec rupture même partielle au niveau de la coiffe des rotateurs, sinon qu'il n'y avait pas de parésie massive évoquant une atteinte sévère sur le plan neurologique.

Selon une IRM du plexus brachial réalisée le 15 août 2016 par le Dr K. _____, spécialiste en radiologie, il n'y avait aucune mise en évidence d'anomalie structurelle du plexus brachial droit et gauche ni d'anomalie intrarachidienne ou foraminale.

Le 17 août 2016, la Dre J. _____, spécialiste en radiologie, a procédé à une scintigraphie osseuse de l'assurée, sans trouver d'argument scintigraphique pour une algoneurodystrophie.

Un ENMG [électroneuromyogramme] du membre supérieur gauche a été pratiqué le 25 août 2016 par le Dr W. _____, spécialiste en neurologie, lequel a retenu une absence d'atteinte neurologique périphérique dans l'ensemble des groupes musculaires examinés au niveau de l'épaule et du membre supérieur gauches avec, tout particulièrement, une absence d'atteinte significative des nerfs axillaires et supra-scapulaires. Le bilan électrophysiologique n'avait pas mis en évidence de signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs dans l'ensemble des muscles examinés au niveau de l'épaule et du membre supérieur gauches avec l'absence de signes de dénervation spontanés et des tracés aux mouvements à basse fréquence mais normalement riches pour la qualité d'effort obtenu cliniquement. Ce praticien a noté une bonne préservation des paramètres neurographiques des nerfs axillaires et supra-scapulaires gauches. Il a estimé que son examen ne permettait pas d'apporter la preuve d'une atteinte neurogène périphérique significative à l'origine des déficits moteurs et sensitifs constatés cliniquement.

b) Le 27 septembre 2016, l'assurée a subi une arthroscopie de l'épaule gauche, avec suture arthroscopique du tendon du muscle sous-scapulaire, ténodèse du long-chef du biceps et suture de la déchirure du tendon du sus-épineux, fixation labrale par rétention et avivement du bord glénoïdien, bursoscopie et bursectomie sous-acromiale à l'épaule gauche, pratiquée par le Dr X._____.

Le 15 décembre 2016, une arthro-IRM de l'épaule gauche a été derechef effectuée par la Dre G._____, spécialiste en radiologie, qui a retenu : un status post-réparation distale du tendon supra-épineux sans redéchirure ; un status post-réparation du tendon sous-scapulaire avec une redéchirure partielle de sa face profonde et supérieure prenant moins de 50 % de l'épaisseur du tendon ; un status post-ténodèse du long chef du biceps sans rupture ; une bursite sous-acromio-deltoïdienne avec un passage de produit de contraste dans la bourse ; un œdème osseux moucheté et épaissement du ligament coraco-huméral orientant vers une capsulite rétractile et une algodystrophie, à confronter à l'examen clinique.

Une nouvelle scintigraphie osseuse a également été réalisée le 23 décembre 2016. Il ressort du rapport corrélatif du Dr V._____, spécialiste en médecine nucléaire et en radiologie, que l'assurée souffrait d'une hyperactivité tissulaire en surprojection de l'épaule gauche et d'une hyperfixation diffuse de l'épaule gauche en phase osseuse, compatibles avec une capsulite et une réaction de type algoneurodystrophie localisée à l'épaule gauche. Il observait aussi une petite hyperfixation en regard des points d'ancrage de la suture de plastie du sous-scapulaire.

c) L'assurée a été examinée le 2 mai 2017 par la Dre Q._____, médecin d'arrondissement de la CNA, qui a posé les diagnostics de : status après déchirure partielle de l'insertion proximale du tendon du muscle sous-scapulaire de l'épaule gauche, tendinopathie et instabilité du tendon du long chef du biceps, déchirure non transfixiante de l'insertion proximale du tendon du muscle supra-épineux à l'épaule

gauche, lésion SLAP 2A du bourrelet glénoïdien à l'épaule gauche ayant nécessité une arthroscopie de l'épaule gauche avec suture du tendon du muscle sous-scapulaire et du tendon du sus-épineux, une ténodèse du long chef du biceps, une fixation labrale et un avivement du bord glénoïdien ainsi qu'une bursoscopie et bursectomie sous-acromiale de l'épaule gauche le 27 septembre 2016 ; une déchirure de la face profonde et supérieure de moins de 50 % de l'épaisseur du tendon du sous-scapulaire suite à un malaise survenu après octobre 2016 ; et une évolution défavorable vers une épaule gelée.

En raison de la persistance des douleurs et sur conseil de son ergothérapeute, l'assurée a consulté le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a établi un rapport intermédiaire le 24 mai 2017 à l'attention de la CNA. Il a notamment relevé que l'assurée souffrait d'une capsulite rétractile post-opératoire de l'épaule gauche, avec une évolution défavorable, nonobstant des séances de physiothérapie, d'ergothérapie et d'ostéopathie.

d) Le 10 août 2017, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant comme atteinte une déchirure des tendons avec inflammations, « suite ! opération, bras gelé (épaule), déchirure partiel (sic) ».

e) Le 5 septembre 2017, le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a examiné l'assurée sur demande du médecin d'arrondissement. Dans un rapport établi le 6 septembre 2017, ce médecin a estimé que l'assurée présentait une épaule gelée au décours d'un traumatisme banal. L'assurée avait subi une intervention chirurgicale alors que cette épaule présentait un sévère enraidissement qui persistait.

Dans son rapport du 19 janvier 2018, le Prof. B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil

locomoteur, chef de service auprès du Département de l'appareil locomoteur du R._____ (ci-après : R._____), a noté que l'assurée présentait un syndrome douloureux chronique post-traumatique et post-opératoire de l'épaule gauche, en partie dans un contexte de troubles somatoformes avec une impotence fonctionnelle active pratiquement complète de l'épaule gauche et partielle de l'avant-bras, excluant avec une grande probabilité la présence d'une capsulite rétractile encore active au vu de l'examen objectif. La deuxième IRM post-opératoire de novembre 2017 confirmait l'apparition d'une ostéolyse au niveau de l'acromion qui n'était pas présente sur la première arthro-IRM post-opératoire de décembre 2016 laissant suspecter un possible conflit mécanique avec le matériel utilisé lors de l'intervention chirurgicale. Compte tenu de cette éventualité, une nouvelle intervention pouvait être envisagée.

Faisant suite à cet avis ainsi qu'à la proposition du 2 février 2018 du Dr Z._____, l'assurée a subi une révision arthroscopique le 14 février 2018 par synovectomie large, arthrolyse et ablation des fils d'ostéosuture.

f) L'assurée a de nouveau été examinée par la Dre Q._____ en date du 24 mai 2018. Objectivement, elle n'a pas constaté d'amyotrophie de la ceinture scapulaire du bras gauche, étant précisé que la force, la mobilité et les rotations étaient diminuées. Elle a ainsi relevé une discordance entre l'absence d'amyotrophie du membre supérieur gauche et de la ceinture scapulaire gauche et une mobilité presque nulle du bras gauche, avec une assurée qui tenait son bras gauche « comme s'il était paralysé ».

A la demande du service médical de la CNA, le Prof. B._____ a revu l'assurée le 9 août 2018. Dans son rapport du 10 août 2018, ce praticien a estimé que les objectifs de la révision arthroscopique (limitation de la progression de l'ostéolyse par ablation du matériel de suture et recherche d'une éventuelle infection) avaient été globalement atteints et qu'un séjour à la P._____ pouvait être proposé à la patiente, mais sans garantie d'amélioration subjective.

Ainsi, l'assurée a séjourné à la P. _____ du 19 septembre au 10 octobre 2018. Le rapport du 25 octobre 2018 des Drs N. _____ et T. _____, spécialistes en médecine physique et réadaptation, ne mentionne aucun nouveau diagnostic, en particulier aucune psychopathologie. Les plaintes et limitations fonctionnelles de l'assurée ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour, des facteurs contextuels jouant un rôle important dont une importante sous-estimation de ses propres capacités fonctionnelles. A l'examen neurologique dirigé, les praticiens ont observé une hypoesthésie non-systématisée en regard de l'ensemble du bras gauche, à l'exclusion de la main, des réflexes ostéotendineux normovifs et symétriques ainsi que l'absence de déficit moteur apparent malgré les lâchages douloureux. L'état de santé de l'assurée était considéré comme stabilisé.

Réexaminée par la Dre Q. _____ en date du 19 février 2019, une reprise thérapeutique de l'activité professionnelle à 50 % sans impératif de rendement a été proposée à l'assurée (en présence d'une musculature préservée, de l'absence d'atteinte neurologique, et d'une dernière IRM parfaitement rassurante). Les limitations fonctionnelles engendrées par les deux opérations, soit le port de charges lourdes, les mouvements répétitifs au-dessus de l'horizontale ou le port de charges au-dessus de l'horizontale, n'influençaient pas la capacité de travail dans une activité de secrétaire ou d'employée de commerce.

Dans le prolongement de cet examen, la Dre Q. _____ s'est entretenue téléphoniquement avec le Dr Z. _____ le 3 avril 2019, lequel a exposé que les limitations fonctionnelles qui persistaient à la suite des deux opérations au niveau de l'épaule gauche (bras dominant) ne contre-indiquaient pas une activité de bureau (activité habituelle) au taux contractuel, et ce d'autant plus qu'il s'agirait d'une reprise thérapeutique.

g) Par rapport du 9 avril 2019, le Dr Z. _____ a exposé que l'assurée présentait des douleurs de l'épaule gauche en augmentation commençant même à se manifester du côté droit, en raison d'un transfert

de charge, accompagnées de paresthésies diffuses de la main gauche, se manifestant aussi au repos.

Sur avis du praticien précité, un examen neurologique a été réalisé le 13 mai 2019 par le ProfS._____, lequel a indiqué qu'il n'y avait pas de parésie massive, et le tableau clinique était improbable pour un déficit neurologique. Ceci avait été confirmé par l'absence totale d'atteinte sensitivomotrice plexuelle ou cervicale lors d'un examen électroneuromyographique détaillé de l'époque. Il avait également fait réaliser une IRM du plexus brachial en août 2016, qui n'avait montré aucun effet de masse ou d'anomalie structurelle, avec également une comparaison avec la région du côté droit. Il n'y avait pas d'anomalie intrarachidienne foraminale. Le praticien notait que l'assurée ne prenait plus de médicaments, malgré les douleurs, mais se plaignait toujours de façon espacée de « paralysie » du corps, sans spasme. Le tableau était donc plutôt d'allure migrainoïde, puisqu'il y avait des céphalées, des troubles de la parole, et des difficultés à bouger les membres durant quelques heures, sans net facteur déclenchant, mais qui pourrait éventuellement rentrer dans un contexte de migraine hémiplégique familiale, ou de trouble fonctionnel non exclu. Ce médecin a jugé que le status était « très pauvre sur le plan neurologique », ne trouvant aucune amyotrophie ou réelle parésie objective du membre supérieur gauche. Il notait également l'absence de syndrome de Horner ou d'autres atteintes aux paires crâniennes.

Selon une IRM des plexus brachial droit et gauche du 20 mai 2019, seules des altérations dégénératives de l'épaule gauche sous forme de géodes osseuses sous-chondrales de la tête humérale gauche étaient visibles, l'IRM étant au surplus dans les limites de la norme (cf. rapport du 21 mai 2019 du Dr K._____).

Une IRM de la colonne cervicale a également été réalisée le 22 mai 2019. Selon le bilan, le rachis cervical était sans lésion médullaire, radiculaire ou ostéo-discale visible (cf. rapport du 23 mai 2019 du Dr K._____).

Sur recommandation de son médecin traitant, l'assurée a consulté le Dr H._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, le 28 mai 2019. Dans son rapport du 30 mai 2019, il a retenu que l'assurée présentait une importante capsulite rétractile à l'épaule gauche associée à des signes neurologiques sensitivomoteurs diffus et à un Tinel du plexus brachial dans son trajet sous-claviculaire, à laquelle s'ajoutaient des omalgies droites sur une probable bursite sous-acromiale, possiblement associée à une tendinopathie de la coiffe des rotateurs, et des lombalgies liées à un syndrome lombovertébral et à une hypertonie du muscle ilio-psoas droit. Selon ce praticien, au vu des importantes limitations d'épaules notamment, l'activité de secrétaire n'était clairement pas envisageable.

Interpellé par l'OAI, le Dr Z._____ a estimé que l'assurée présentait une incapacité de travail de 100 %. En prenant en considération la problématique uniquement de l'épaule, et une fois la situation médicale stabilisée, dans une activité adaptée aux limitations (pas de port de charges de plus de 2-5 kg, pas de mobilisation répétitive de l'épaule, pas de mobilisation de l'épaule au-dessus du buste), l'intéressée serait théoriquement apte au travail, avec un taux qui resterait à définir selon l'évolution des douleurs (cf. rapport du 24 juin 2019).

Par rapport du 24 juin 2019, le Dr W._____ a procédé à un bilan électroneuromyographique des membres inférieurs au terme duquel il a conclu à l'absence d'atteinte électrophysiologiquement significative des gros troncs nerveux du membre inférieur droit. En effet, le bilan électrophysiologique se révélait rassurant, ne mettant pas en évidence d'atteinte significative des nerfs fibulaire, tibial et sural droits, sur tout leur trajet depuis le creux poplité, notamment au passage du col du péroné et de la cheville. L'étude myographique du membre inférieur droit était sans signes d'atteinte neurogène périphérique avec dans le seul muscle long fibulaire des tracés à basse fréquence mais normalement riches, correspondant à la faiblesse objectivée à l'examen clinique, confirmant le

caractère de lâchages/problèmes mécaniques et non neurologiques de ce déficit.

Le 1^{er} juillet 2019, le Dr W. _____ a, à nouveau, attesté qu'il n'existait pas d'explication neurologique au sentiment de manque de force et aux paresthésies décrites par l'assurée au niveau du membre supérieur gauche, posant les diagnostics d'absence de signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs dans l'ensemble des muscles examinés au niveau du membre supérieur gauche et dépendant des myotomes C5 à D1, d'absence d'atteinte électrophysiologiquement significative du nerf ulnaire gauche au passage du coude et du poignet et d'absence d'atteinte électrophysiologiquement significative du nerf médian gauche au niveau du poignet.

Dans un rapport du 19 juillet 2019, le Dr H. _____ a confirmé le diagnostic de capsulite rétractile, en légère régression, mais des douleurs neurogènes encore présentes, notant également que sur le plan médicamenteux, l'assurée n'était pas encore tout à fait disposée à débiter un traitement antiépileptique.

Selon l'IRM du plexus brachial gauche du 31 juillet 2019, l'assurée présentait une structure kystique extra-foraminale gauche D1-D2 correspondant à un diverticule radiculaire banal ou éventuellement à une pseudo-méningocèle dans le cadre d'une lésion plexuelle. Il n'y avait pas d'anomalie démontrable de la racine D1 ainsi que des autres racines du plexus brachial à gauche (cf. rapport du 31 juillet 2019 du Dr AC. _____, spécialiste en radiologie).

Dans son rapport médical intermédiaire du 16 août 2019 à l'attention de la CNA, le Dr Z. _____ a notamment observé qu'un traitement antiépileptique avait été proposé à l'assuré en raison de douleurs de type neurogène, ce qu'elle avait refusé.

Dans un rapport subséquent du 22 novembre 2019, le Dr H. _____ a fait état de cervicalgies et dorsalgies en augmentation,

accompagnées de fourmillements, ainsi que de douleurs basithoraciques antérieures gauches d'apparition soudaine, sans notion de traumatisme ni de facteur déclenchant particulier. Alors que la capsulite rétractile de l'épaule gauche tendait à régresser, la situation était légèrement moins bonne en ce qui concernait le membre supérieur gauche. Ce praticien a également pris soin d'écarter le diagnostic d'Ehlers-Danlos au motif que l'assurée ne remplissait pas entièrement les critères.

Par rapport du 11 décembre 2019, le Dr AD._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main, a posé le diagnostic chez l'assurée de syndrome douloureux régional complexe de l'épaule gauche.

h) Lors de son appréciation médicale du 8 janvier 2020, la Dre Q._____ a conclu à une stabilisation de l'état de santé de l'assurée, observant qu'il n'y avait aucune atteinte neurologique qui puisse expliquer l'importance de la symptomatologie douloureuse. Tout au plus, pouvait-elle retenir la présence d'une capsulite rétractile au décours des deux interventions chirurgicales. Les différents médecins avaient également mis en évidence des discordances entre les plaintes de l'assurée et leurs constatations cliniques, comme une absence d'amyotrophie de la ceinture scapulaire et du bras gauche chez une assurée qui déclarait n'utiliser quasiment que son bras droit. Au terme de son évaluation, la Dre Q._____ a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activités répétées et prolongées du membre supérieur gauche au-dessus de l'horizontale, pas de port de charges répété et prolongé du membre supérieur gauche supérieures à 5 kg jusqu'à l'horizontale et pas de port de charges au-dessus de l'horizontale avec le membre supérieur gauche. Cette praticienne a expliqué ne pas retenir la présence d'un syndrome douloureux régional complexe de l'épaule car les critères de Budapest n'étaient pas réunis. Elle a ensuite estimé la capacité de travail de l'assurée comme entière dans l'activité habituelle.

Par décisions du 13 janvier 2020, la CNA a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité [IPAI] (taux de 10 %), et a informé

l'assurée qu'elle estimait que son état de santé était désormais stabilisé et qu'elle lui reconnaissait une pleine capacité de travail, sans diminution de rendement, dès le 20 janvier 2020. Il n'y avait aucune contre-indication à la reprise de son activité habituelle à son taux contractuel.

Ces décisions ont fait l'objet d'une opposition de la part de l'assurée.

i) Dans son avis médical du 14 février 2020, le Service médical régional (ci-après : le SMR), a estimé, en se basant sur les rapports à disposition, que sur plus de deux ans d'examens cliniques par la Dre Q._____, le constat d'une absence d'amyotrophie du membre supérieur gauche était fait à chaque examen. Cependant, le membre supérieur gauche était quasi immobile (paralysé) d'après les plaintes de l'assurée. A noter également que l'assurée évaluait ses douleurs à 10/10 (échelle de la douleur), mais ne prenait aucun traitement antalgique (Doliprane en réserve). Le SMR peinait à comprendre l'avis du Dr H._____ qui faisait état des douleurs sévères chroniques limitantes du membre supérieur gauche (sans traitement antalgique) et surtout entraînant des troubles d'attention et de concentration.

Interpellé par l'OAI, le Dr Z._____ a expliqué que la situation au niveau de l'épaule restait inchangée avec persistance des douleurs qui se manifestaient même au repos, avec un déficit fonctionnel, mais ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail dans une activité adaptée, attestant simplement d'une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle du 1^{er} juin 2017 au 31 décembre 2019. Dans la mesure où l'assurée était suivie depuis par le Dr H._____, il priait l'OAI de contacter ce praticien pour la suite (cf. rapport du 4 mars 2020).

j) Par appréciation médicale du 31 juillet 2020, faisant suite à de nouveaux rapports de consultations, la Dre Q._____ a estimé que les conclusions de son appréciation du 8 janvier 2020 demeuraient inchangées.

Par décision du 22 octobre 2020, annulant ses précédentes décisions du mois de janvier 2020, la CNA a confirmé une pleine capacité de travail de l'assurée dès le 20 janvier 2020 et le degré de l'IPAI.

Cette décision a été contestée par l'assurée.

k) Par rapport du 22 septembre 2020 à l'attention de l'OAI, le Dr H. _____ a estimé que la capacité de travail de l'assurée tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée était nulle depuis le 27 septembre 2016. Il a considéré que les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : importantes limitations fonctionnelles de l'épaule/du membre supérieur gauche, légère de l'épaule droite ; lombo thoracalgies limitant les positions statiques, en porte-à-faux du tronc ; douleurs sévères chroniques limitant toute activité (trouble d'attention, concentration, etc.). Ce praticien a notamment accompagné son avis d'un rapport du 3 juillet 2020, mentionnant les diagnostics incapacitants (marqués par un astérisque [*]), soit :

- omo-brachialgies gauches de l'épaule avec ankylose, ainsi que sur plexopathie brachiale gauche sous-claviculaire ; lésions des tendons sus-épineux et long chef du biceps sur traumatisme le 31 mai 2016, traitées par réparation arthroscopique du sus-épineux et ténodèse du long chef du biceps le 27 septembre 2016 ; arthrolyse arthroscopique de l'épaule gauche avec ablation du matériel de sutures, synovectomie et acromioplastie le 14 février 2018 suite à une ostéolyse de l'acromion sur conflit avec le matériel de sutures ;
- omalgies droites sur capsulite rétractile débutante, probable bursite sous-acromiale, tendinopathie des sus- et sous-épineux, ainsi que du long chef du biceps (2019) ;
- douleurs basithoraciques gauches pariétales sur dysfonction intervertébrale mineure D8-D9 gauche (2020) ;
- lombalgies sur dysbalance musculaire et troubles statiques modérés du rachis dorsolombaires ;
- douleurs de cheville et de pied droits sur probables entorses tibio-astragaliennes récidivantes (déficit de proprioception et

laxité articulaire), ainsi que sur neuropathie du nerf fémoral dans le cadre d'une hypertonie du muscle ilio-psoas, et sur canal tarsien droit ;

- asthme anamnestique aux pollens et à l'effort.

Dans son rapport du 23 novembre 2020, le SMR a retenu, en prenant en considération les bilans radiologique et neurologique et les éléments apportés par les examens médicaux de la Dre Q._____, qu'il n'y avait aucune raison de s'écarter de ses conclusions, en l'occurrence d'une capsulite rétractile de l'épaule gauche à la suite des arthroscopies en 2016 et en 2018 entraînant les limitations fonctionnelles de l'épaule gauche. L'assurée disposait d'une capacité de travail de 100 % depuis le 20 janvier 2020, dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles en rapport avec le membre supérieur gauche. L'activité habituelle d'employée de bureau ou de secrétaire était une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

l) Par décision sur opposition du 19 mars 2021, la CNA a notamment rejeté l'opposition de l'assurée à l'encontre de la décision du 22 octobre 2020 au motif que les constatations médicales de la Dre Q._____ étaient dument motivées et probantes et que les limitations fonctionnelles retenues étaient compatibles avec l'activité habituelle de l'assurée.

m) Le 12 mai 2021, l'OAI a rendu un projet d'acceptation de rente entière limitée pour la période du 1^{er} février 2018 au 30 avril 2020. Compte tenu du dépôt de la demande de prestations jugée tardive, la rente ne pouvait être allouée qu'à partir du 1^{er} février 2018. Depuis le 20 janvier 2020, une pleine capacité de travail était reconnue à l'assurée dans son ancienne activité de secrétaire ainsi que dans toute activité professionnelle adaptée. Par conséquent, le droit à la rente s'éteignait le 30 avril 2020, soit après trois mois d'amélioration. Enfin, l'OAI précisait que l'assurée n'avait pas droit au reclassement dans une nouvelle profession.

L'assurée, représentée par Me Flore Primault, a formulé des observations à l'encontre de ce projet en date du 11 juin 2021, faisant notamment valoir qu'elle estimait être en droit de continuer à pouvoir bénéficier de prestations de l'OAI, en particulier d'un reclassement, dans la mesure où elle ne pouvait exercer son ancienne activité de secrétariat. Elle en voulait pour preuve un rapport du 12 février 2020 du Dr H. _____ et joignait à ses observations un rapport du 27 avril 2021 de ce praticien. En outre, ni le Dr AD. _____ ni le Dr Z. _____ n'étaient d'accord sur le fait que sa capacité de travail était de 100 % dans son activité habituelle de secrétaire. Elle ajoutait qu'il convenait d'attendre le résultat de la procédure contre la CNA et de suspendre le dossier jusqu'à droit connu sur la demande d'expertise auprès du tribunal compétent, ce qu'elle a réitéré par requête du 15 juillet 2021, joignant à ses observations un rapport du 30 juin 2021 du Dr H. _____, lequel fait état des mêmes diagnostics incapacitants que dans son rapport du 22 septembre 2020, à l'exception des douleurs basithoraciques gauches et de l'asthme anamnestique aux pollens et à l'effort.

Dans son avis du 9 août 2021, le SMR a relevé que ce rapport n'apportait aucun élément médical nouveau concernant le membre supérieur gauche (cliniquement et para-cliniquement). Il n'y avait dès lors pas de raison de modifier sa position. En outre, le SMR constatait que l'assurée soulignait également des atteintes à la santé antérieures à la lésion du membre supérieur gauche (épilepsie-psychique-dermatologique) et une atteinte à la santé postérieure à sa décision (ophtalmologique), pour lesquelles il ne disposait d'aucun rapport au dossier faisant état d'une atteinte incapacitante et durable concernant ces pathologies. En cas d'évolution défavorable, la situation devrait faire l'objet d'une nouvelle évaluation par ses soins.

Interpellée par l'OAI, la Dre L. _____, spécialiste en dermatologie et vénérologie, a indiqué suivre l'assurée depuis le 11 août 2009, environ deux fois par an, mais en fonction des affections dermatologiques, pour lesquelles elle n'avait au surplus pas délivré d'incapacité de travail, le seul diagnostic incapacitant retenu étant celui

d'eczéma des mains depuis environ 2013. Cette praticienne précisait que l'activité professionnelle exercée ne devait pas comporter la nécessité de lavage/désinfection des mains très fréquents (cf. rapport du 21 septembre 2021), joignant à son avis médical des rapports des 15 mars et 19 avril 2021, desquels il ressort que l'assurée souffre d'une dermatite eczématiforme des mains dans le cadre d'une atopie.

Dans le cadre de l'instruction menée par l'OAI, le Dr AF._____, spécialiste en ophtalmologie, a fourni un rapport du 24 juin 2021, duquel il ressort que l'assurée ne présente pas d'incapacité de travail du point de vue ophtalmologique (cf. courrier du 16 novembre 2021).

Par courrier du 18 janvier 2022, l'OAI a noté l'absence d'éléments susceptibles de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

Par décision du 5 mai 2022, l'OAI a confirmé mettre l'assurée au bénéfice d'une rente entière limitée dans le temps pour la période du 1^{er} février 2018 au 30 avril 2020.

B. Par acte du 3 juin 2022, F._____, représentée par son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision susmentionnée, en concluant, sous suite de frais et dépens, préliminairement, à la jonction de la présente cause à la procédure AA 55/21 et à la mise en œuvre d'une expertise orthopédique indépendante permettant de déterminer sa capacité de travail résiduelle éventuelle ainsi que ses limitations fonctionnelles et son taux d'invalidité, principalement, à l'annulation de la décision litigieuse, à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession et à la poursuite du versement d'une rente d'invalidité, selon taux fixé à dire de justice, dès le 1^{er} mai 2020, et subsidiairement, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, la recourante a, d'une part, estimé que l'OAI, en ne se basant que sur les données du SMR - lequel se basait lui-même sur l'expertise de la Dre Q._____, médecin d'arrondissement de la CNA,

laquelle avait abondamment été critiquée dans le cadre du recours contre la décision sur opposition de la CNA – avait violé le droit et la jurisprudence applicable en tant qu'elle devait effectuer une expertise indépendante permettant de déterminer sa réelle capacité de travail, ce qu'elle n'avait pas fait, et, d'autre part, a relevé avoir droit à un reclassement en tant qu'elle n'était pas en mesure de poursuivre son ancienne activité de secrétaire.

Dans sa réponse du 11 août 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il n'y avait en effet rien à reprocher ni aux appréciations médicales de la Dre Q._____ ni aux analyses successives de la situation médicale effectuées par le SMR, dont les recommandations avaient fondé les conclusions quant à la capacité de travail ressortant de la décision du 5 mai 2022. Aucun élément objectif nouveau n'avait par ailleurs été amené sur le plan médical.

La recourante a répliqué en date du 16 novembre 2022 et l'intimé a dupliqué en date du 5 décembre 2022, maintenant leurs conclusions respectives.

Dans des déterminations datées du 17 novembre 2023, mais reçues le 18 janvier 2023, la recourante a adressé à la Cour de céans un rapport du 20 septembre 2022 du Dr AG._____, spécialiste en médecine interne générale, duquel il ressort notamment ce qui suit :

« [...]

2. Diagnostics retenus

Capsulite rétractive débutante, probable bursite sous-acromiale, tendinopathie des sus- et sous-épineux, ainsi que du long chef du biceps

- Omo-brachialgies gauche sur CRPS d'épaule avec ankylose, plexopathie brachiale sous-claviculaire, lésions des tendons sus-épineux et long chef du biceps sur traumatisme 31.05.2016 ;
- Réparation arthroscopique du sus-épineux et ténodèse du LCB [long chef du biceps] le 27.09.2016 ;
- Arthrolyse arthroscopique d'épaule gauche, ablation du matériel de sutures, synovectomie et acromioplastie le 14.02.2018, suite à une ostéolyse de l'acromion sur conflit avec matériel de sutures.

Douleurs basithoraciques gauches pariétales sur dysfonction intervertébrale D8-D9 G.

Lombopygalgies sur dysbalance musculaire, troubles statiques modérées du rachis dorsolombaire, dysfonction sacro-iliaque ddc [des deux côtés].

Douleurs de talon d'Achille et du pied droit sur probable entorse tibio-astragaliennes récidivantes ainsi que sur neuropathie du nerf fémoral dans le cadre d'une hypertonie du muscle ilio-psoas et sur canal tarsien droit.

Douleurs musculaire diffuse : DD [diagnostic différentiel] : connectivite non différenciée/syndrome d'hyperlaxité (Erhler Danlos)

- IRM de la main droite 07.2021 : discret épaissement fibreux du fascia palmaire en regard du 2^e, 3^e, 4^e tendons fléchisseurs avec des discrètes nodosités visibles sur la topographie du fascia palmaire, en regard des tendons fléchisseurs 3 et 4.
- Bilan immun : FR 36 u/ml, Anti-DsDNA 41 u/ml, reste sp.
- Sérologie HIV, Syphilis, HBV, HCV, CMV, EBV, Toxoplasmose, rubéole, lyme négatives.
- PCR T. whipplei dans les selles négative.
- CT thoraco-abdominal du 25.08.2021 : Remaniement aspécifique de la structure osseuse de l'articulation gléno-humérale gauche, de nature chronique, éventuellement avec composante chirurgicale. Pas d'autre lésion osseuse ou articulaire identifiable. Pas d'adénopathies supra diaphragmatiques ou infra diaphragmatiques. Pas d'hépatosplénomégalie. Pas d'anomalie des séreuses pulmonaire, cardiaque et péritonéale. Pas de pathologie du parenchyme pulmonaire.
- ETT 09.2021 : FEVG conservée, pas d'HVG, pas de dilatation des oreillettes, pas d'HTAP, pas de valvulopathie significative.
- IRM de la colonne lombaire et sacro-iliaque : Absence d'argument en faveur d'une spondylarthropathie inflammatoire ou d'une sacroiliite. Absence de sténose canalaire ou de signe de myélopathie. Petite protrusion discale C4-C5 médiane sans conflit radiculaire. Discopathies D9-D10 et D11.D12 modérées. Arthrose lombaire postérieure modérée étagée, sans canal lombaire étroit.
- Actuellement : traitement d'essai de Metothrexate.

Migraines avec aura, manifestations neurologiques sur l'hémicorps droit, aphasie de production ou de compréhension 1/année.

Malaises fonctionnels épileptoformes 1-2x/année.

Asthme bronchique aux pollens et à l'effort.

Syndrome d'apnée du sommeil léger.

Malade de Dupuytren des IIIème et Vème rayons aux 2 mains avec doigts à ressaut à gauche

- IRM de la main droite 07.2021 : discret épaissement fibreux du fascia palmaire en regard du 2^e, 3^e, 4^e tendons fléchisseurs avec des discrètes nodosités visibles sur la topographie du fascia palmaire, en regard des tendons fléchisseurs 3 et 4.

3. Les plaintes actuelles :

- Douleurs permanentes exacerbées par le mouvement de l'épaule gauche et impotence fonctionnelle.
- Scapulalgies bilatérales et exacerbées par l'effort significatif (portage et usage des membres supérieurs).
- Douleurs musculaires généralisées, tendances aux entorses sur des mouvements simples et aux hématomes spontanés.
- Migraines épisodiques.
- Douleurs thoraciques pariétales basithoraciques gauche.

Pour les douleurs musculaires et l'impotence fonctionnelle de l'épaule gauche, capacité de travail uniquement à 40 % dans une activité très adaptée sans usage des membres supérieurs pratiquement complète avec effort fractionné ½ journée.

Le rendement est très diminué.

[...]

Sauf, douleurs permanentes de l'épaule gauche, musculaire et migraines persistantes, je ne vois pas comment la patiente pourrait être capable d'un travail à 40 %.

Les activités ménagères sont déjà difficiles à effectuer actuellement avec exacerbation des douleurs musculaires.

6- Asthénie importante avec impossibilité d'efforts répétés.

Un déconditionnement global induisant une fatigabilité.

Des omalgies gauche avec impotence fonctionnelle.

Douleurs musculaires généralisées au moindre effort.

Des migraines permanentes.

Une dyspnée à l'effort de stade II liée à un asthme mal contrôlé.

[...] »

Le 31 janvier 2023, la recourante a sollicité, à la suite de ce rapport, en lieu et place d'une expertise orthopédique indépendante, une expertise bidisciplinaire compte tenu des nouveaux diagnostics posés tels les symptômes neurologiques fonctionnels, les probables crises non épileptiques psychogènes et le probable syndrome de conversion avec

parésie de l'hémicorps gauche. Elle informait par ailleurs avoir souffert d'une nouvelle crise l'ayant conduite au R._____.

C'est ainsi que le 3 février 2023, la recourante a adressé à la Cour de céans un rapport du 19 septembre 2022 de la Dre AH._____, spécialiste en neurologie, laquelle fait état d'un trouble neurologique fonctionnel avec des crises non épileptiques et des déficiences cognitives, ainsi qu'un rapport du 4 janvier 2023 du Dr AK._____, lequel a constaté que la recourante souffrait d'un trouble neurologique fonctionnel avec des crises non épileptiques d'origine psychogène et de troubles sensitivo-moteurs déficitaires récidivants de l'hémicorps droit.

Faisant suite aux déterminations datées du 17 novembre 2023, l'intimé a indiqué, le 14 février 2023, que le SMR, dans son avis du 7 février 2023, expliquait que le rapport du 20 septembre 2022 n'apportait aucun élément objectif médical pour retenir un nouveau diagnostic, un changement de la situation médicale et/ou une aggravation concernant l'épaule gauche, chez une assurée qui ne disposait d'aucun antalgique et dont les limitations fonctionnelles retenues concernaient essentiellement l'épaule gauche. Le SMR notait que la fatigabilité en lien avec un déconditionnement n'était pas une pathologie médicale. Il n'y avait dès lors pas de raison de modifier sa position.

Prenant position sur les déterminations du 3 février 2023, l'intimé a soumis le cas au SMR, lequel s'est prononcé le 15 février 2023 et a retenu qu'il n'y avait aucun élément objectif médical pour retenir un nouveau diagnostic, un changement de la situation médicale ou une aggravation. Il n'y avait dès lors pas de raison de modifier sa position. Cet arrêt est entré en force.

C. Par arrêt rendu le 2 février 2023 (cause AA 55/21 - 14/2023), la Cour de céans a rejeté le recours formé par l'intéressée le 4 mai 2021 à l'encontre de la décision sur opposition de la CNA du 19 mars 2021. Elle a

notamment retenu que l'appréciation de la Dre Q._____ pouvait se voir conférer pleine valeur probante.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit de la recourante au versement d'une rente de la part de l'intimé au-delà du 30 avril 2020 ainsi que sur le droit à un reclassement professionnel.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la

situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

Dans le présent cas, le droit à la rente comme le potentiel droit à la poursuite de la rente prenant naissance avant le 1^{er} janvier 2022, l'ancien droit demeure applicable.

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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

4. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical,

il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, 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 asséculo-logique. 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 la personne assurée, 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 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

d) 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). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

e) Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

5. a) En l'espèce, l'OAI admet que la recourante s'est retrouvée en totale incapacité de travailler à la suite de son accident, le 31 mai 2016, lui octroyant dès lors une rente limitée dans le temps. Se basant sur le rapport d'examen final du médecin d'arrondissement de la CNA et sur les rapports au dossier, l'OAI considère cependant que la recourante a retrouvé une capacité de travail de 100 % dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles au membre supérieur gauche depuis le 20 janvier 2020, ce que l'intéressée conteste.

b) La Dre Q. _____ a procédé à une appréciation médicale de la situation le 8 janvier 2020 (confirmée le 31 juillet 2020) pour le compte de la CNA, au terme de laquelle elle a posé les diagnostics d'omarthrose débutante de l'épaule gauche en lien avec la pathologie de l'épaule et avec les altérations dégénératives de la tête humérale, de douleurs de l'épaule gauche irradiant au niveau du coude gauche avec impotence fonctionnelle majeure dans les suites d'une chute survenue le 31 mai 2016 ayant entraîné une déchirure partielle de l'insertion proximale du tendon du muscle sous-scapulaire de l'épaule gauche, avec tendinopathie et instabilité du tendon du long chef, déchirure non transfixiante de l'insertion proximale du tendon du muscle supra-épineux, lésion SLAP 2A du bourrelet glénoïdien de l'épaule gauche, status après arthroscopie de l'épaule gauche le 27 septembre 2016 avec suture du tendon du muscle

sous-scapulaire, ténodèse du long chef du biceps et suture de la déchirure du tendon du sus-épineux, fixation labrale et avivement du bord glénoïdien à l'aide d'une râpe, bursoscopie et bursectomie sous-acromiale de l'épaule gauche, status après arthroscopie de l'épaule gauche le 14 février 2018 avec synovectomie, bursectomie et acromioplastie, synovectomie large de l'épaule gauche avec biopsie intra-articulaire et sous-acromiale pour analyse microbiologique, arthrolyse arthroscopique de l'épaule gauche par capsulotomie et immobilisation de l'épaule gauche sous narcose d'une lésion érosive de l'acromion de l'épaule gauche secondaire en conflit avec le matériel de suture et capsulite rétractile postopératoire de l'épaule gauche. Elle a conclu à une situation médicale stabilisée et aux limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activités répétées et prolongées du membre supérieur gauche au-dessus de l'horizontale, pas de port de charges répété et prolongé du membre supérieur gauche supérieures à 5 kg jusqu'à l'horizontale et pas de port de charges au-dessus de l'horizontale avec le membre supérieur gauche. Selon cette praticienne, ces limitations n'empêchaient pas la reprise de l'activité habituelle au taux contractuel. La Cour de céans, dans un arrêt entré en force, a reconnu une pleine valeur probante à l'appréciation de la Dre Q._____ et a notamment jugé que les rapports du Dr H._____ n'étaient pas à même de remettre en cause ses conclusions (consid. 5 de l'arrêt du 2 février 2023 en la cause AA 55/21 - 14/2023).

Il convient de renvoyer à cet arrêt concernant le diagnostic réfuté d'omo-brachialgies gauches sur syndrome douloureux régional complexe [SDRC ou CRPS] avec ankylose et de plexopathie brachiale gauche sous-claviculaire, étant précisé que ni le rapport du 22 septembre 2020 du Dr H._____, lequel fait état des mêmes diagnostics que le rapport du 12 février 2020 de ce praticien et ayant fait l'objet d'une analyse circonstanciée dans le cadre de la procédure AA 55/21 - 14/2023, ni son rapport du 30 juin 2021 (produit également dans la procédure AA 55/21 - 14/2023) ou encore le rapport du 20 septembre 2022 du Dr AG._____ ne sauraient modifier la position de la Cour de céans sur la valeur probante des conclusions de la Dre Q._____. Quant à la capsulite rétractile, il avait été noté que cette

pathologie présentait une durée limitée dans le temps et était suivie d'une restitution fonctionnelle (cf. arrêt du 2 février 2023, consid. 5aa). Le rapport du 20 septembre 2022 du Dr AG. _____ qui retient ce diagnostic - sans toutefois préciser dans ledit rapport si les diagnostics sont incapacitants - alors même qu'aucune imagerie ne vient étayer ce dernier, ne saurait non plus emporter conviction.

Il sied également de se référer à l'arrêt précité sur le volet neurologique. La médecin d'arrondissement de la CNA a spécifiquement analysé cette question dans son rapport du 8 janvier 2020 et plusieurs spécialistes ont exclu sans réserve toute pathologie neurologique. Les rapports produits subséquemment ne sont pas de nature à mettre en doute l'appréciation réalisée par la Dre Q. _____. En effet, il faut relever que le Dr AG. _____, dans son rapport du 20 septembre 2022, ne fait état d'aucune atteinte neurologique, alors qu'il a pourtant été invité par la recourante à lister les différents diagnostics dont elle souffre. Par ailleurs, bien que les rapports des 19 septembre 2022 de la Dre AH. _____ et 4 janvier 2023 du Dr AK. _____ fassent état d'un trouble neurologique fonctionnel, il faut constater que le test neuropsychologique des 13 et 27 avril 2022 a permis de mettre en évidence des divergences entre la présentation clinique (l'intéressée était venue seule chez le médecin, se souvenait de la date d'examen, pouvait effectuer des tâches administratives sans problème) et les troubles décrits (cf. p. 3 du rapport du 19 septembre 2022). En outre, il est également mentionné que l'examen clinique a certes révélé quelques signes positifs de troubles neurologiques, mais qu'il ne fallait pas surestimer ces derniers (cf. p. 3 ibidem). Le test neurocognitif n'a pas non plus montré d'indice d'une cause organique quant aux troubles de la mémoire décrits par la recourante (cf. p. 4 ibidem). Enfin, une IRM cérébrale a permis d'écarter une origine vasculaire. L'évolution a été notée comme favorable avec disparition des troubles sensitivo-moteurs rapidement aux urgences, puis résolution des troubles phasiques durant la nuit, sans symptomatologie postcritique (cf. rapport du 4 janvier 2023).

Enfin, le diagnostic d'omalgies droites a aussi été examiné dans le cadre de l'arrêt du 2 février 2023 (consid. 5c), une discordance entre l'absence d'amyotrophie du membre supérieur gauche ou de la ceinture scapulaire et la supposée mobilisation à outrance du membre supérieur droit ayant notamment été relevée (cf. consid. 5c). Il faut noter qu'à l'exception du Dr H._____, aucun spécialiste n'a retenu ce diagnostic. Le Dr AG._____ ne le retient d'ailleurs pas dans son rapport du 20 septembre 2022, de sorte qu'il se justifiait de l'écarter.

c) S'agissant des diagnostics non traités dans la cause AA 55/21 - 14/2023, à défaut de lien de causalité avec l'accident du 31 mai 2016, et des diagnostics retenus dans le rapport du 20 septembre 2022 du Dr AG._____ - lesquels ne sont au demeurant pas qualifiés de « diagnostics incapacitants » mais de « diagnostics retenus » -, il convient de procéder à une analyse approfondie, à l'exception du diagnostic de capsulite rétractile qui a été discuté *supra*.

aa) Ainsi, concernant les douleurs à la cheville et au pied droits, il faut relever que le Dr W._____ a procédé à un bilan électroneuromyographique des membres inférieurs (cf. rapport du 24 juin 2019) et a conclu à l'absence d'atteinte électrophysiologiquement significative des gros troncs nerveux du membre inférieur droit au passage du genou, de la jambe et de la cheville. Le bilan s'est révélé rassurant, ne mettant en évidence aucune atteinte des nerfs fibulaire, tibial et sural droits. L'étude myographique du membre inférieur droit n'a mis en évidence aucun signe d'atteinte neurogène périphérique. Plus particulièrement, s'agissant de l'entorse, aucun rapport ne fait état d'une telle lésion, qui au surplus ne serait à considérer comme une pathologie incapacitante durable sans autres arguments et le Dr AG._____ ne fait pas non plus état de plaintes de la recourante en lien avec une telle atteinte dans son rapport du 20 septembre 2022.

bb) Pour ce qui est ensuite des douleurs basithoraciques gauches pariétales sur dysfonction intervertébrale mineure D8-D9 gauche (cf. rapports des 22 septembre 2020 du Dr H._____ et

20 septembre 2022 du Dr AG._____), la Cour de céans note que la scintigraphie osseuse et Spect-CT réalisée le 17 janvier 2020 fait état d'une discopathie modérée D9-D10. Aucune imagerie ne fait état d'une dysfonction intervertébrale mineure D8-D9. A défaut de rapports en ce sens, on ne saurait retenir un tel diagnostic comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante, étant au surplus relevé que même le Dr H._____) dans son rapport du 30 juin 2021 n'a pas qualifié ce diagnostic d'incapacitant.

cc) Quant aux lombalgies sur dysbalance musculaire et troubles statiques modérés du rachis dorsolombaires (cf. rapports du Dr H._____) et du 20 septembre 2022 du Dr AG._____), l'image du rachis cervical ne montre aucune atteinte (cf. rapport du 23 mai 2019 du Dr K._____) et aucune pièce au dossier ne vient corroborer une atteinte incapacitante au rachis dorsolombaire.

dd) S'agissant des douleurs musculaires diffuses retenues par le Dr AG._____) (cf. rapport du 20 septembre 2022), sans de plus amples explications, il sied de constater que le syndrome d'Ehlers-Danlos a notamment été écarté par le Dr H._____) (cf. rapport du 22 novembre 2019) au motif que la recourante ne remplissait pas entièrement les critères, relevant que l'intéressée n'avait pas d'antécédents d'entorses à d'autres articulations (hormis la cheville) ni de luxation articulaire, pas de douleurs ostéo-musculaires ou autre, pas de reflux gastro-œsophagien avant la première opération d'épaule, ne présentait pas d'ecchymoses en dehors de chocs dus à sa maladresse, ni ne ressentait le besoin de bouger en position assise ou couchée. La recourante cicatrisait bien et ne présentait de la fatigue que depuis la prise de certains médicaments. Aucun autre rapport au dossier ne fait au demeurant état d'une connectivité différenciée.

ee) Dans son rapport du 3 juillet 2020, le Dr H._____) a pris soin de mentionner que la recourante souffrait de migraines avec aura et manifestations neurologiques sur l'hémicorps droit, sans que ce diagnostic ne soit classé comme incapacitant dans ses rapports subséquents. Par

ailleurs, il est le lieu de relever la contradiction présente dans le rapport du 20 septembre 2022 du Dr AG._____, lequel indique que la recourante souffre d'épisodes de migraines 1-2 fois l'an, alors qu'il qualifie ces dernières de « permanentes » dans le cadre des limitations fonctionnelles. Tout comme l'intimé, la Cour de céans peine à comprendre que des migraines épisodiques (1-2 fois l'an) puissent durablement impacter la capacité de travail, alors même qu'elles n'ont pas empêché la recourante de travailler dans le passé.

ff) Au sujet des crises d'épilepsie, la recourante a refusé tout traitement et les rapports des Drs AH._____ et AK._____ confirment de toute manière l'absence l'absence d'une telle pathologie.

gg) S'agissant de l'asthme anamnestique aux pollens et à l'effort (cf. rapport du 20 septembre 2022 du Dr AG._____), tout comme l'intimé, la Cour de céans relève la présence d'un scanner thoracique normal, l'absence de traitement au fond, de bilan pneumologique ou d'évaluation de la capacité fonctionnelle respiratoire ou d'hospitalisation par le passé. Si, dans un premier temps, le Dr H._____ l'avait classé comme diagnostic incapacitant, il l'a ensuite retiré de sa liste dans son rapport du 30 juin 2021.

hh) L'atteinte dermatologique, soit l'eczéma des mains dont la recourante souffre depuis 2013, n'a jamais donné lieu à une incapacité, la seule limitation fonctionnelle découlant de cette pathologie étant celle d'une activité professionnelle ne comportant pas la nécessité de lavage/désinfection des mains très fréquents ce qui paraît donc compatible avec l'ancienne activité professionnelle de la recourante (cf. rapport du 21 septembre 2021 de la Dre L._____).

ii) Il en est de même concernant l'atteinte ophtalmologique, la recourante n'ayant jamais présenté d'incapacité de travail de ce point de vue (cf. rapport du 24 juin 2021 du Dr AF._____).

jj) La maladie de Dupuytren ne semble pas avoir entraîné de plaintes fonctionnelles chez la recourante (cf. rapport du 20 septembre 2022 du Dr AG. _____). Il convient d'ailleurs de noter que le Dr H. _____ ne l'a pas retenue à titre de diagnostic incapacitant dans ses rapports.

kk) Pour ce qui est du syndrome d'apnée du sommeil, il faut souligner que ce dernier est léger. A l'exception du Dr AG. _____, aucun médecin n'a d'ailleurs posé ce diagnostic et, là encore, il n'est pas établi que ce dernier serait incapacitant, la recourante n'ayant pas émis de plainte à ce sujet. Il faut également relever la possibilité d'appareiller la recourante si nécessaire pour recouvrer une capacité de travail raisonnablement exigible.

ll) Enfin, les douleurs articulaires chroniques ont été diagnostiquées récemment, rien n'indiquant au demeurant que ces dernières pourraient être incapacitantes, d'autant plus qu'un traitement approprié a été entrepris (cf. rapport du 19 septembre 2022 de la Dre AH. _____).

mm) En conclusion, même si la décision attaquée se fonde sur un dossier essentiellement bâti par l'assureur-accident, alors qu'aucun examen clinique ni aucune expertise indépendante n'ont été diligentés par le SMR, les constatations de la Dre Q. _____ s'avèrent complètes, claires, motivées et ne sont mises en doute par aucun élément au dossier. Enfin, elles ont été confirmées par un arrêt de la Cour de céans entré en force. Les rapports et avis des Drs H. _____ et AG. _____ échouent par ailleurs à démontrer une aggravation de l'état de santé de la recourante et, singulièrement, une péjoration de ses limitations fonctionnelles. En dehors de l'atteinte à l'épaule gauche, qui a fait l'objet d'une évaluation de la capacité de travail fonctionnelle par la Dre Q. _____ et inchangée depuis, il n'y a aucun élément médical objectif plaidant pour une aggravation de l'état de santé de la recourante. Il faut ainsi retenir que celle-ci dispose d'une capacité de travail complète dans son ancienne activité professionnelle, laquelle est adaptée aux limitations fonctionnelles

retenues par la Dre Q._____ (cf. consid. 7 de l'arrêt du 2 février 2023 dans la cause AA 55/21 - 14/2023).

6. **a)** Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3).

Lorsqu'une personne a recouvré la capacité à reprendre l'exercice de son activité habituelle, elle ne remplit pas les conditions du droit à une mesure de reclassement (TF 9C_413/2008 du 14 novembre 2008 consid. 2.2).

b) Tel est le cas de la recourante qui a recouvré une pleine capacité de travail dans son ancienne activité, de sorte que c'est à juste titre que l'OAI ne lui a pas proposé de reclassement dans une autre profession.

7. Un complément d'instruction sous la forme d'une expertise est inutile et les requêtes formulées en ce sens par l'intéressée dans ses écritures doivent être rejetées. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque, comme en l'espèce, les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (sur l'appréciation anticipée des moyens de preuve, cf. ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

8. a) Le recours doit par conséquent être rejeté et la décision rendue le 5 mai 2022 confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des 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 recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 5 mai 2022 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 mis à la charge de F._____.
- 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 :

- Me Flore Primault (pour la recourante)
- 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 :