

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 janvier 2024

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM Gutmann et Berthoud, assesseurs
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

H. _____, à Gland, recourante, représentée par Me Marie-Alice Noël,
avocate à Lausanne,

et

I. _____, à Vevey, intimé.

Art. 28 LAI, 6, 7, 8 et 17 LPG.

E n f a i t :

A. H._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née le [...] 1964, au bénéfice d'un Certificat fédéral de capacités (CFC) de gestionnaire de détail et d'une attestation d'employée de commerce, de gestion et de comptabilité, travaillait à 100 % en qualité de taxatrice auprès P._____ à [...] depuis le 1^{er} septembre 2017. Elle était assurée pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'assureur-accidents). Le 10 mars 2018, alors qu'elle circulait au volant de sa voiture, une barre de fer publicitaire est tombée sur sa voiture, ce qui a entraîné un freinage brusque de sa part entraînant une blessure à l'épaule gauche par la ceinture de sécurité (cf. déclaration de sinistre LAA du 10 avril 2018). L'assurée s'est rendue aux urgences de l'hôpital de [...] le 13 mars 2018 en raison de douleurs à cette épaule. Dans un rapport médical initial du 24 avril 2018 à la CNA, le Z._____, médecin-assistant auprès cet hôpital, a constaté la présence de douleurs au niveau de l'humérus proximal et du tiers distal de la clavicule à gauche, une rotation interne douloureuse et un lift off test positif (note réd.: il s'agit d'un test permettant de mettre en évidence une pathologie du muscle sous-scapulaire, cf. expertise du Centre universitaire romand de médecine légale, du 10 septembre 2021). Le Dr Z._____ a posé le diagnostic de contusion de l'épaule gauche et prescrit un traitement antalgique ainsi qu'un arrêt de travail pour quatre jours. Une radiographie de l'épaule gauche de l'assurée a été réalisée, qui n'a pas mis en évidence de fracture.

Le 8 avril 2018, l'assurée s'est à nouveau présentée aux urgences de l'hôpital de [...] en raison de la persistance de douleurs à l'épaule avec des difficultés à la mobilisation. Un gilet orthopédique lui a été prescrit ainsi que la reprise du traitement antalgique. Une incapacité de travail de 100 % a été attestée jusqu'au 25 avril 2018 par la Dre F._____, médecin-assistante auprès de cet hôpital. Une arthro-IRM (imagerie par résonance magnétique) a été réalisée le 18 avril 2018, qui a mis en évidence une tendinose du sus-épineux avec une rupture

partielle des fibres profondes antérieures sans rupture transfixiante évidente et une arthrose acromio-claviculaire. Dans un rapport médical intermédiaire du 2 mai 2018 à la CNA, le Dr O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de traumatisme de l'épaule gauche avec déchirure subtotale de la coiffe des rotateurs. Il a indiqué qu'il avait prescrit à sa patiente un traitement conservateur, consistant en de la physiothérapie, des anti-inflammatoires et le port d'un gilet. Le Dr O._____ a de plus attesté une incapacité totale de travail à partir du 8 avril 2018 (voir certificats médicaux des 9 août 2018 et 14 février 2019). La CNA a pris le cas en charge, versant des indemnités journalières et remboursant le traitement médical (n° de sinistre LAA [...]).

P._____ a résilié le contrat de travail la liant à l'assurée avec effet au 15 juillet 2018.

Le 14 juillet 2018, l'assurée a été victime d'une entorse au pied et à la cheville gauche (n° de sinistre LAA [...]). Le Dr O._____ a attesté une incapacité totale de travail à partir du 17 juillet 2018 en lien avec ce nouvel évènement (voir feuilles accident LAA des 25 juillet et 10 août 2018).

Par avis du 27 août 2018, la Dre W._____, médecin praticien, médecin d'arrondissement de la CNA, a indiqué que l'évènement du 10 mars 2018 avait aggravé de manière passagère un état préexistant au niveau de l'épaule gauche et que, pour le moment, l'état de santé de l'assurée n'était pas stabilisé.

Dans un rapport intermédiaire à la CNA du 11 octobre 2018, le Dr O._____ a relevé que l'évolution de l'épaule de sa patiente était lente mais sûre et que l'entorse à la cheville gauche évoluait favorablement.

Une nouvelle IRM de l'épaule gauche a été réalisée pour contrôle le 28 janvier 2019, mettant en évidence un conflit sous-acromial sur arthropathie dégénérative acromio-claviculaire et acromion saillant, se traduisant par un épaissement des feuillets de la bourse sous-acromio-

deltoïdienne, à une déchirure partielle de l'insertion du tendon du supra-épineux sur le tubercule majeur avec quelques fibres continues et à un épaississement du tendon du long biceps avec un hypersignal suggérant une ténosynovite surajoutée.

Le Dr O. _____ a adressé l'assurée, pour avis, au Prof. J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans un rapport du 29 mars 2019, celui-ci a posé les diagnostics d'arthropathie acromio-claviculaire gauche en phase inflammatoire et de tendinopathie de la coiffe des rotateurs gauche. Comme antécédents, il a notamment noté un status après entorse en varus de la cheville en juillet 2018. Le Prof. J. _____ a indiqué qu'il avait proposé de réaliser une infiltration de l'acromio-claviculaire gauche avec injection de corticoïde et qu'il reverrait la patiente quatre semaines après l'injection, pour contrôle.

Dans un rapport à la CNA du 21 mai 2019, le Dr O. _____ a signalé que depuis l'accident de l'assurée avec entorse au pied gauche, celle-ci ne pouvait plus se déplacer sans cannes et qu'elle avait suivi un nombre important de séances de physiothérapie. Il a indiqué avoir prescrit un arrêt de travail lié au fait qu'elle devait se déplacer avec des cannes.

Dans un rapport du 18 juin 2019 à la CNA, le Dr O. _____ a précisé qu'il avait été consulté par l'assurée le 19 avril 2018 à la suite de la prise en charge initiale de l'accident à l'hôpital de [...]. Il avait mis en place un traitement conservateur par de la physiothérapie, ce qui avait permis de diminuer les douleurs et donné une petite amplitude aux mouvements nécessaires de la vie quotidienne. A la demande de l'assureur-accidents, un rendez-vous avait été organisé auprès du Prof. J. _____ qui avait effectué une infiltration le 30 avril 2019, sans résultat ; en outre, ce médecin ne préconisait pas de sanction opératoire. En attendant, la patiente restait handicapée au niveau de son épaule gauche, qui était « gelée ». Dès lors, il avait été décidé de recommencer la physiothérapie sur une longue durée et les traitements médicamenteux. Aujourd'hui encore, l'assurée marchait à l'aide d'une canne en raison de

l'entorse à sa cheville, de sorte qu'elle utilisait son bras droit pour tenir sa canne et qu'elle était complètement handicapée de son épaule gauche. Le Dr O._____ a indiqué que l'assurée était toujours en incapacité totale de travail depuis le 14 juillet 2018.

A la suite d'une demande de renseignements de la CNA, le Dr O._____ lui a fait savoir, le 10 octobre 2019, que la situation du pied gauche s'était améliorée et que l'assurée avait une capacité de travail de 100 % depuis le 5 septembre 2019 en lien avec ce pied.

Dans un consilium du 5 février 2020 adressé à la Dresse W._____, le Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué avoir vu l'assurée pour un examen complémentaire à la demande de l'assureur-accidents. A l'examen clinique, il a noté ce qui suit :

« Elle se mobilise avec une canne à droite. Pendant toute l'anamnèse, Madame H._____ maintient son membre supérieur gauche collé contre son abdomen. Le déshabillage se fait avec mon aide, la patiente disant être incapable de le faire seule. Je constate une importante auto-limitation en élévation, en rotation externe, en rotation interne. En actif, l'élévation est possible à 60°. En passif, elle est à peine supérieure à 70°. La rotation externe coude au corps est de 20° à gauche pour 40° à droite. La rotation interne est impossible au-delà du grand trochanter. L'abduction est inférieure à 50° avec chaque fois une auto-limitation ressentie. Le reste de l'examen est impossible vu cette pseudo-raideur.

La palpation de l'acromio-claviculaire est, pour moi, sensible. A noter une sensibilité acromio-claviculaire bilatérale par ailleurs. Le Cross-arm test est totalement impossible à exécuter ».

En résumé, le Dr C._____, estimait que l'assurée présentait des séquelles douloureuses dans les suites d'une contusion simple de son épaule gauche. Radiologiquement, elle avait une arthropathie acromio-claviculaire associée à une tendinopathie non transfixiante de la coiffe des rotateurs. Il ne recommandait pas de sanction chirurgicale, estimant que l'exérèse du centimètre externe de la clavicule ne modifierait pas la symptomatologie douloureuse. D'autre part, recommander un geste plus lourd de reconstruction de la coiffe des rotateurs sur une coiffe dégénérée n'était pas des plus adéquats. Le Dr C._____ a encore relevé que l'assurée prenait du [...], de la [...] et du [...] et que se posait la question

d'un suivi psychiatrique, l'assurée étant fortement perturbée actuellement. Au plan somatique, il a proposé la poursuite des anti-inflammatoires à la demande et estimé qu'il n'était pas indiqué d'effectuer de nouvelles infiltrations, celles-ci n'ayant pas apporté de soulagement. Il ajoutait que comme l'assurée présentait une importante auto-limitation au niveau de la ceinture scapulaire gauche, un séjour à la Clinique [...] ne serait pas productif.

Par avis du 11 février 2020, la Dre W._____ a exposé que l'assurée avait présenté une contusion de l'épaule gauche qui avait décompensé en une atteinte dégénérative préexistante de l'épaule. Une telle contusion guérissait généralement en quelques semaines. Dès lors, les troubles qui persistaient actuellement n'étaient plus en lien de causalité probable avec l'évènement, lequel avait cessé de déployer ses effets depuis début février au vu de l'examen du Dr C._____. S'agissant du pied gauche, le Dr O._____ avait retenu une reprise de la capacité de travail à 100 % depuis le 5 septembre 2019, de sorte que le cas pouvait être considéré comme terminé.

Par décision du 14 février 2020, la CNA a mis fin à ses prestations d'assurance au 24 février 2020, au motif que les troubles qui subsistaient actuellement n'étaient plus en lien de causalité avec les accidents des 10 mars et 14 juillet 2018.

L'assurée s'est opposée à cette décision par courriers des 17 et 27 février 2020.

Dans une appréciation médicale du 7 avril 2020, la Dre W._____ a confirmé son appréciation précédente selon laquelle l'évènement du 10 mars 2018 n'avait pas entraîné de lésion structurelle, mais causé tout au plus une contusion de l'épaule gauche, versus une entorse de cette épaule avec un possible blocage douloureux qui guérit en quelques semaines pour un travailleur de force, et au maximum en dix semaines. Elle relevait que diverses investigations avaient été effectuées avec notamment des consultations chez les Drs J._____ et C._____,

lesquels mettaient en évidence des lésions dégénératives préexistantes à l'épaule gauche. Quant au Dr O._____, il n'apportait aucun élément médical pertinent de nature à modifier cette appréciation dans son dernier rapport du 26 mars 2020.

Dans une nouvelle appréciation médicale du 28 avril 2020 concernant cette fois-ci le pied gauche de l'assurée, la Dre W._____ a relevé que l'IRM de la cheville gauche réalisée le 22 août 2018 ne mettait pas en évidence de signe d'une algoneurodystrophie, les critères de Budapest (permettant de poser un tel diagnostic) n'apparaissant pas réunis au vu du dossier médical. Il fallait en effet que soit présent au moins un symptôme dans trois catégories parmi quatre, à savoir les catégories sensorielle, vasomotrice, sudomotrice/œdème et motrice/trophique. En l'occurrence, seul le symptôme sensoriel était retenu par le Dr O._____, à savoir une hyperpathie ou une allodynie. Ce signe clinique semblait en amélioration selon le rapport du Dr O._____ du 21 mai 2019. Par ailleurs, aucune scintigraphie n'avait été réalisée et il n'y avait pas de lésion articulaire ni fracture de fatigue à l'IRM du 22 août 2018. Enfin, l'évolution sous traitement conservateur avait été favorable, puisque le Dr O._____ le retenait dans son rapport du 10 octobre 2019 et préconisait une reprise à 100 % en lien avec cet événement depuis le 5 septembre 2019, aucun rapport médical ultérieur ne démontrant le contraire.

Par décision sur opposition du 29 avril 2020, la CNA a confirmé sa décision du 14 février 2020, mettant fin au versement des prestations d'assurance avec effet au 24 février 2020.

B. Dans l'intervalle, l'assurée a déposé, le 20 avril 2019, une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison de la déchirure de sa coiffe des rotateurs, signalant être en incapacité de travail à 100 %.

Par rapport à l'OAI du 4 juillet 2019, le Dr O._____ a indiqué que l'assurée était en incapacité de travail de 100 % depuis le 10 mars 2018, en raison de la rupture de la coiffe des rotateurs et de l'entorse au pied gauche.

Dans un rapport à l'OAI du 10 juillet 2019, le Prof. J._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de tendinopathie de la coiffe des rotateurs, d'arthropathie acromio-claviculaire et de cervico-scapulo-brachialgies chroniques, le tout du côté gauche. Il a exposé avoir procédé à une infiltration de corticostéroïdes de l'acromio-claviculaire gauche le 30 avril 2019, mais que ce geste n'avait pas apporté de soulagement à la patiente. Il a précisé n'avoir pas retenu d'indication à une approche chirurgicale.

Par communication du 16 janvier 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place des mesures de réadaptation, dès lors que celle-ci avait signalé que son état de santé ne lui permettait pas de suivre de telles mesures.

Dans un rapport complété à la demande de l'OAI le 28 janvier 2020, le Dr O._____ a indiqué que l'évolution de la situation était très lente, marquée par la survenue d'une épaule gelée et d'un syndrome de Sudeck. La capacité de travail de l'assurée était de 0 % dans son activité habituelle depuis avril 2018, et de 0 % dans une activité adaptée en attendant les limitations qui pourraient être indiquées par la Clinique [...].

Dans un rapport du 13 février 2020 à l'OAI, la Dre E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitante, a fait savoir qu'elle connaissait l'assurée depuis 2000, pour un état anxio-dépressif, des attaques de paniques et une anxiété généralisée et qu'elle la voyait une fois par mois actuellement. La patiente était déprimée, angoissée et avait des problèmes de sommeil et de concentration. Elle était sous antidépresseur et anxiolytique et suivait une psychothérapie à raison d'une fois par mois. La Dre E._____ a posé les diagnostics, ayant une influence sur la capacité de travail, d'épisode dépressif moyen avec

syndrome somatique (F32.11), d'anxiété généralisée (F 41.1) et de troubles anxieux phobiques (F40.9), présents depuis 2000. La Dre E._____ a relevé que l'assurée avait une incapacité de travail de 100 % depuis mars 2018, laquelle était attestée par le médecin généraliste.

Dans un rapport à l'OAI du 18 juin 2020, le Dr [...], spécialiste en cardiologie, a indiqué avoir vu l'assurée du 19 août 2015 au 3 septembre 2018 en raison d'une hypertension artérielle et d'une insuffisance mitrale, mais que l'évolution était favorable et qu'il n'y avait ni symptôme, ni limitations fonctionnelles au plan cardiologique à l'heure actuelle.

Dans un avis du 8 septembre 2020, la Dre [...], spécialiste en médecine interne générale, médecin au SMR (ci-après : Service médical régional de l'assurance-invalidité), a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne, dès lors que l'assurée avait annoncé plusieurs atteintes à la santé. Elle estimait que les retombées fonctionnelles des affections articulaires (en particulier de l'épaule gauche) et des affections psychiatriques nécessitaient d'être appréciées précisément et qu'une évaluation de médecine interne était nécessaire en raison des plaintes aux plans cardiaque et respiratoire, l'assurée présentant également des apnées du sommeil (cf. rapport du 31 août 2017 du Dr [...], spécialiste en pneumologie au médecin traitant de l'assurée).

Par communication du 6 novembre 2020, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire par le biais de la plateforme SwissMEDAP, qui a été confiée aux Drs M._____, médecin praticien, Y._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et G._____, spécialiste en rhumatologie, du centre X._____ SA (ci-après : X._____ SA à [...]).

L'assurée a été examinée les 7 et 8 janvier 2021 par les experts qui ont rendu leur rapport le 8 mars 2021. Aux termes d'une évaluation consensuelle, les experts ont posé les diagnostics, ayant un effet sur la capacité de travail, de status après tendinite de l'épaule

gauche et arthropathie acromio-claviculaire gauche avec atrophie dégénérative acromio-claviculaire et acromion saillant. Comme diagnostics n'ayant pas d'effets sur la capacité de travail, les experts ont retenu une dysthymie modérée (F34.1), un trouble panique en rémission complète (F41.0), un status après entorse de la cheville gauche avec récupération intégrale actuellement, un syndrome d'apnées du sommeil appareillé depuis 2020, connu depuis 2015, des insomnies depuis l'accident de mars 2018 et une hypertension artérielle connue depuis 2013 et traitée. Ils ont relevé des divergences entre les plaintes générales de la personne assurée aux plans psychiatrique et rhumatologique, et les résultats de l'examen clinique. Au plan rhumatologique, il existait manifestement une divergence entre les symptômes décrits et le comportement de l'assurée qui disait conduire sa voiture automatique alors qu'elle se présentait avec une épaule gelée, bloquée contre son corps et qui ne se laissait pas examiner l'épaule. Il y avait une autolimitation franche du point de vue rhumatologique. Ils ont encore relevé que les douleurs à la cheville gauche se manifestaient par l'utilisation d'une canne et par une boiterie bien présente au début de l'entretien et lors de l'examen de la marche, mais qui disparaissait lorsqu'elle se déplaçait de manière spontanée lors du reste de l'examen. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles du point de vue psychiatrique et de la médecine interne. Au plan rhumatologique, il était retenu que l'assurée était capable d'effectuer son activité habituelle en évitant de porter des charges de plus de 5 kg du côté gauche ou avec un travail mono-manuel. Il était rapporté que l'assurée disait être gauchère et qu'elle ne pouvait pas travailler avec l'épaule gauche. Il était retenu qu'elle pouvait tout à fait apprendre à travailler et à gérer avec son épaule droite et qu'il faudrait simplement éviter un travail avec un bras au-dessus de l'horizontale. Les experts ont relevé que la capacité de travail de l'assurée était et avait toujours été de 100 % aux plans psychiatrique et de la médecine interne. Du point de vue rhumatologique, ils ont indiqué que sa capacité de travail dans toute activité était de 0 % de mars 2018 à janvier 2020, puis de 90 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles rhumatologiques depuis février 2020, date de la

consultation auprès du Dr C._____, dont l'examen clinique détaillé confirmait la stabilisation de l'état de santé.

Du point de vue de la médecine interne en particulier, l'expert M._____ a mentionné que l'assurée déclarait n'avoir pas présenté de limitations dans son dernier poste de travail. Elle rapportait des insomnies d'endormissement et de maintien sans substrat interniste, mais en lien avec les douleurs musculo-squelettiques. Le syndrome des apnées du sommeil était appareillé, ce qui était efficace mais il y avait une mauvaise compliance. Malgré cela, il n'y avait pas d'hypersomnolence diurne excessive. L'examen interniste réalisé par l'expert ne montrait que de légers déficits sans influence sur la capacité de travail. La capacité de travail était donc de 100 % depuis toujours et sans limitations fonctionnelles. Le pronostic était favorable, la situation étant stabilisée.

Au plan psychiatrique, l'expert Y._____ a exposé, à l'anamnèse, que le début des crises d'angoisses de l'expertisée remontait à 2001 après l'hystérectomie qu'elle avait subie. Un traitement antidépresseur avait été mis en place, elle avait pris des vacances avec ses parents, puis son état s'était amélioré progressivement et elle avait pu reprendre le travail. Quant à la situation actuelle, l'assurée expliquait que son moral variait d'un jour à l'autre, et qu'il dépendait aussi du climat. Elle rapportait avoir des difficultés à s'endormir et dormir 2 à 3 heures par nuit. Elle avait un coup de fatigue vers 14h30-15h. Actuellement, l'assurée bénéficiait d'un suivi psychiatrique une fois tous les deux mois, et prenait, le matin, de la Fluoxétine depuis 2001 et du Xanax depuis plusieurs années. A l'examen clinique, l'expert a relevé que l'assurée était orientée aux 4 modes, que son humeur était neutre, qu'elle avait pleuré à quelques reprises en évoquant le décès de son papa et ses difficultés de santé, qu'elle avait aussi souri et ri à plusieurs reprises durant l'examen, que ses réponses étaient claires et cohérentes, que l'attention et la concentration étaient de bonne qualité durant l'entretien, qu'il n'y avait pas de trouble de la mémoire durant celui-ci, qu'elle bénéficiait d'un contexte affectif et émotionnel soutenant et prévenant. Il indiquait que les limitations au niveau des activités de la vie quotidienne et des loisirs étaient liées à la

problématique douloureuse de l'expertisée. Celle-ci expliquait n'avoir plus d'attaques de panique depuis qu'elle avait commencé un traitement médicamenteux en 2001. Elle ne décrivait pas de tremblement, de tension musculaire, de transpiration, palpitation ou étourdissement qui auraient été présents par le passé ou actuellement. Elle ne rapportait pas de scénario catastrophe, ni se faire du souci ou s'attendre à divers malheurs. Ses plaintes essentielles étaient liées aux conséquences de ses deux accidents.

L'expert psychiatre a posé les diagnostics sans influence sur la capacité de travail de dysthymie modérée (F34.1) et de trouble panique en rémission complète (F41.0). A l'appui du premier diagnostic, il a exposé qu'il avait retrouvé, à l'anamnèse, des troubles de l'humeur à type de tristesse, d'inquiétude face à l'avenir, de baisse de l'estime de soi, avec des troubles de l'endormissement, mais sans perte de l'appétit, et sans idées suicidaires. Ces moments de tristesse variaient d'un jour à l'autre, en fonction de circonstances particulières quand l'assurée pensait à des expériences de pertes (décès de son père, de son chien) et en fonction de la météo. Ainsi, l'assurée se sentait bien lorsqu'il faisait beau et triste quand c'était l'automne. Selon l'expert, les troubles décrits ne remplissaient pas les critères d'un épisode dépressif et il retenait le diagnostic de dysthymie modérée, l'expertisée gardant des envies d'aller dans les magasins et de sortir avec ses amis, s'adonnant à la lecture, lisant les nouvelles et regardant la télévision durant plusieurs heures. Elle expliquait vouloir profiter de la vie et se faire plaisir. A l'appui du deuxième diagnostic, l'expert a exposé que l'assurée avait eu des crises d'angoisse survenues dans un contexte dépressif après l'hystérectomie qu'elle avait subie en 2001. Elle avait arrêté le traitement de Fluoxétine pendant une année, mais les crises étaient revenues, et depuis la reprise du médicament, elles étaient stables. Le trouble panique présent à l'anamnèse était donc en rémission complète depuis plusieurs années avec un traitement à dose minimale et n'était pas incapacitant. L'expert a ensuite expliqué pourquoi il ne retenait pas les diagnostics, retenus par la psychiatre traitante, d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique

(F32.11), ni d'anxiété généralisée, ni de trouble anxieux phobique, présents selon la psychiatre depuis 2000.

S'agissant de la capacité de travail de l'intéressée, l'expert Y._____ a retenu qu'elle était et avait toujours été de 100 % d'un point de vue strictement psychiatrique, qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles et que la capacité de travail devrait rester stable à l'avenir. Il a relevé qu'il n'y avait pas non plus de limitations psychiatriques dans les activités de la vie quotidienne. Quant à la situation décrite par la Dre E._____, à savoir une incapacité de travail à 100 % de 7 jours en 2005, de 28 jours en 2013 de 100 % depuis mars 2018 pour une durée indéterminée, il a estimé qu'elle n'était pas cohérente avec les diagnostics posés et le traitement. En effet, des variations d'incapacité de travail étaient attestées, mais pas d'évolution ou d'aggravation des troubles psychiques. Par ailleurs, il n'y avait pas eu d'augmentation des doses du traitement anxiolytique malgré le fait que ces troubles se seraient péjorés en 2018.

Au plan rhumatologique, l'expert G._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status après tendinite de l'épaule gauche et arthropathie acromio-claviculaire gauche avec atrophie dégénérative acromio-claviculaire et acromion saillant, toutes deux inexaminables au jour de l'examen par l'expert en raison d'une autolimitation franche de la part de l'expertisée. Comme diagnostics sans influence sur la capacité de travail, l'expert G._____ a retenu un status après entorse de la cheville gauche avec récupération complète, une obésité de grade II, un syndrome de dysbalance musculaire lombaire et une platypodie de stade I-II bilatérale. A l'appui des diagnostics avec effet sur la capacité de travail, il a exposé que l'examen rhumatologique était satisfaisant, hormis une difficulté à examiner l'épaule gauche avec une autolimitation importante de la part de l'expertisée, attestant une attitude fonctionnelle majeure au vu de l'examen radiologique du contrôle de 2019 qui ne montrait pas de signes inflammatoires importants. Toutefois, au vu du degré d'impotence du bras dominant de l'assurée, survenant dans un contexte d'arthropathie acromio-claviculaire sur atrophie dégénérative

acromio-claviculaire avec un acromion saillant, il était possible d'admettre une diminution de rendement à hauteur de 10 % en évitant une activité surchargeant le membre supérieur gauche. S'agissant des douleurs de la cheville gauche responsables d'une boiterie motivant l'utilisation d'une canne à droite, l'expert a indiqué que les douleurs paraissaient amplifiées et que la boiterie était simulée, car elle disparaissait à la marche spontanée en fin d'examen. Par ailleurs l'examen de la cheville gauche était sans particularité. Une telle amplification, voire simulation, était d'autant plus vraisemblable que l'évènement traumatique au pied gauche remontait à 2,5 ans auparavant et avait été traité conservativement depuis lors. Le Dr G._____ a encore indiqué qu'il rejoignait les conclusions du rapport du 5 février 2020 du Dr C._____, lequel retenait les mêmes diagnostics que lui s'agissant de l'épaule gauche, et d'après lequel les options thérapeutiques avaient été épuisées, recommandant la poursuite du traitement conservateur. L'expert G._____ en concluait que l'on pouvait retenir que l'état de santé de l'assurée était stabilisé au moment de la consultation par le Dr C._____ du 28 janvier 2020. S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée, l'expert G._____ n'a pas retenu d'incapacité de travail en lien avec la cheville gauche, vu ses observations anamnestiques et cliniques ci-dessus. S'agissant de l'épaule gauche, il estimait que la reprise de l'activité de taxatrice à un taux de 90 % en raison des douleurs persistantes, était possible depuis la date de la stabilisation de l'état de santé retenue par l'assureur-accidents, c'est-à-dire en février 2020. Il a indiqué comme limitations fonctionnelles qu'il fallait éviter le port de charges de plus de 5 kg du côté gauche, la surcharge du membre supérieur gauche et le travail au-dessus de l'horizontale. Il a indiqué que ces limitations fonctionnelles étaient compatibles avec l'activité habituelle de taxatrice. L'expert a ajouté ce qui suit : « l'assurée est capable d'effectuer son travail habituel en évitant de porter des charges de 5 kg du côté gauche ou avec un travail mono-manuel. Elle dit qu'elle est gauchère et qu'elle ne peut pas travailler avec l'épaule gauche. Elle peut tout à fait apprendre à travailler et à gérer avec son épaule droite. Il faudra simplement éviter le travail avec un bras au-dessus de l'horizontale ». Sous l'angle de la cohérence et la plausibilité, l'expert rhumatologue a relevé que l'assurée avait déclaré

ne pas pouvoir utiliser son bras gauche et qu'elle le gardait collé à son corps durant tout l'entretien refusant de se faire examiner, mais qu'elle déclarait pouvoir utiliser sa voiture automatique. L'expert indiquait trouver cela « surprenant ». Il en concluait qu'il y avait une divergence manifeste entre les symptômes décrits et le comportement de l'assurée.

Dans un avis SMR du 22 mars 2021, la Dre [...] a fait siennes les conclusions de l'expertise du X. _____ SA.

Par projet de décision du 23 mars 2021, l'OAI octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité en raison d'un taux d'invalidité de 100 % du 1^{er} octobre 2019 au 30 avril 2020. Compte tenu de l'amélioration de l'état de santé de l'assurée et d'une capacité de travail de 90 % dans son activité habituelle dès le 1^{er} février 2020, l'OAI a indiqué que le droit à la rente prenait fin le 30 avril 2020, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé.

Par l'intermédiaire de son avocat, l'assurée a formulé, le 6 mai 2021, des observations au projet de décision. Elle a produit un nouveau rapport du Dr O. _____ du 22 avril 2021. Celui-ci signalait la présence d'une coiffe des rotateurs impotente avec une impotence douloureuse au niveau du sus-épineux, une amyotrophie témoignant d'une neuropathie sévère du nerf circonflexe, avec une importante diminution du deltoïde ainsi qu'une dysesthésie au bras et une impossibilité d'effectuer la pince avec force. Il indiquait que l'assurée continuait de souffrir à la jambe et au bras gauche suite à l'accident. Il estimait qu'il y avait une aggravation en raison de l'impotence du membre supérieur gauche entraînant une invalidité de plus de 50 %, à laquelle il fallait ajouter l'impotence du membre inférieur gauche actuellement irrécupérable. L'assurée a par ailleurs contesté plusieurs éléments de l'expertise et requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise rhumatologique.

Le 6 octobre 2021, l'assurée a produit un rapport d'expertise du 10 septembre 2021 réalisée à la demande du Ministère public de l'arrondissement [...]ne par la Prof. [...], spécialiste en médecine légale,

le Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et la Dre [...], médecin assistante, du Centre universitaire romand de médecine légale. Ces experts ont conclu que la déchirure du tendon du muscle sous-épineux constatée après l'évènement du 10 mars 2018 était la conséquence des pathologies dégénératives préexistantes qui avait été décompensées par un traumatisme mineur voire banal. Les experts ajoutaient qu'il n'était pas possible de définir le moment de survenue de cette rupture. Les douleurs présentées par l'expertisée à ce jour étaient probablement liées à l'arthropathie acromio-claviculaire. Ils précisait encore que la symptomatologie et l'impact fonctionnel rapportés par l'expertisée étaient compatibles avec la déchirure partielle du tendon du muscle sus-épineux, mais estimaient surprenant qu'au vu de l'importance de la pathologie dégénérative, elle n'ait pas eu de plaintes avant l'accident.

Par avis SMR du 25 octobre 2021, la Dre [...] a indiqué que le diagnostic de tendinopathie retenu dans le rapport du 10 septembre 2021 susmentionné était déjà décrit dans l'expertise du X. _____ SA du 8 mars 2021, de même que l'atteinte dégénérative acromio-claviculaire et que ces diagnostics étaient compatibles avec les limitations fonctionnelles et la capacité de travail retenues dans cette dernière expertise. Ainsi, il n'y avait pas matière à modifier les conclusions de l'avis SMR du 22 mars 2021.

Par décision du 7 juillet 2022, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité en raison d'un taux d'invalidité de 100 %, pour la période du 1^{er} octobre 2019 au 30 avril 2020. Par courrier séparé du même jour, l'OAI a répondu aux observations de l'assurée, indiquant qu'il n'y avait pas de contradiction dans les conclusions de l'expert rhumatologue, car bien qu'il n'avait pas pu procéder à un examen clinique de son épaule gauche, l'expert avait pu se prononcer sur sa capacité de travail en s'appuyant sur les radiographies effectuées. Or, celles-ci ne permettaient pas d'expliquer le comportement de l'assurée.

C. Par acte du 8 septembre 2022, l'assurée, par son avocate, Me Manon Joseph, recourt contre cette décision, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2019. Subsidiairement, elle conclut à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction aux plans rhumatologique et psychiatrique. Elle considère que le volet rhumatologique de l'expertise est contradictoire car l'expert a procédé à une évaluation de sa capacité de travail, alors qu'il n'a pas pu procéder à un examen clinique de son épaule gauche. L'assurée est d'avis que sans examen clinique, il ne peut pas y avoir d'évaluation de sa capacité de travail. Elle conteste par ailleurs ne s'être pas laissée examiner, mais confirme souffrir de très importantes douleurs lorsque son épaule est manipulée. Elle considère en outre que l'expertise est problématique, car l'expert rhumatologue a retenu une rémission à la date de la stabilisation de l'état de santé retenue par l'assurance-accidents, estimant que cela résulte d'une confusion par cet expert entre les principes propres à cette assurance et ceux applicables à l'assurance-invalidité. Elle ajoute que l'expert rhumatologue n'a pas documenté le fait qu'il y aurait eu rémission à ce moment-là, et relève que quoi qu'il en soit, une telle rémission est contredite par les rapports des médecins traitants de cette époque. La recourante considère que sa capacité de travail doit être considérée comme nulle dans toute activité, ce qui lui donne droit à une rente d'invalidité. A l'appui de sa conclusion subsidiaire, elle fait valoir que l'expert G. _____ a sous-estimé son incapacité de travail, dès lors que le rapport médical du 22 avril 2021 du Dr O. _____ retient une impotence du membre supérieur gauche. Elle ajoute qu'il y a une contradiction dans les limitations fonctionnelles retenues par l'expert rhumatologue. La recourante critique le fait que les experts du [...] n'aient pas précisé pourquoi son atteinte à l'épaule gauche ne pouvait pas engendrer des douleurs, des limitations fonctionnelles et une incapacité de travail plus importantes que celles qu'ils ont retenues. Au plan psychiatrique, la recourante fait valoir que les conclusions de l'expert ne sont pas suffisamment motivées, notamment s'agissant des diagnostics retenus.

Dans sa réponse du 28 septembre 2022, l'OAI conclut au rejet du recours, dès lors que, selon lui, l'expertise du [...] est pleinement probante.

Par réplique du 23 novembre 2022, la recourante maintient ses conclusions et produit les rapports suivants :

□ un rapport du 22 septembre 2022 du Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, au conseil de la recourante, lequel pose le diagnostic, ayant un effet sur la capacité de travail, de tendinopathie du supra-épineux gauche avec arthropathie acromio-claviculaire, ainsi que de suspicion d'un CRPS (complex regional pain syndrom) du membre supérieur gauche, post-traumatique. Il indique qu'une scintigraphie SPECT-CT a été organisée pour investiguer cette question. Il estime que la patiente est en incapacité complète à effectuer toute activité avec sollicitation du membre supérieur gauche, en raison des séquelles à ce membre, et qu'en particulier elle ne peut ni travailler au clavier, ni poursuivre son activité de secrétaire fiscaliste ;

□ un rapport du 22 septembre 2022 du Dr D._____ à la Dre [...], spécialiste en médecine nucléaire et radiologie, indiquant ce qui suit au status :

« Mobilisation active épaule gauche : flexion 50°, abduction 40°, RI trochanter, RE 15°, avec des douleurs diffuses dans tous les plans de l'espace et une résistance active à la mobilisation de l'épaule, qui est donc difficilement examinable ».

Le Dr D._____ relève par ailleurs que les problématiques de la coiffe des rotateurs et de l'arthropathie acromio-claviculaire n'ont que très peu d'incidence sur la symptomatologie actuelle, au vu de l'absence d'amélioration à la suite des infiltrations effectuées au niveau de l'articulation.

□ un rapport du 30 septembre 2022 de la Dre [...] au Dr D._____, d'une scintigraphie osseuse de l'épaule et de la cheville gauche, où il est conclu à l'absence d'évidence en faveur d'une algoneurodystrophie [note réd. : algoneurodystrophie = synonyme de CRPS] au membre supérieur gauche et, à une

algoneurodystrophie probablement en décours et à une fasciite plantaire en activité inflammatoire, à la cheville et au pied gauche ;

- un rapport du 2 novembre 2022 du Dr D._____ au conseil de la recourante, indiquant que les examens complémentaires réalisés n'expliquaient pas l'intensité et la chronicité de la symptomatologie douloureuse de la ceinture scapulaire gauche de l'assurée. Il ajoute que celle-ci présente un syndrome douloureux chronique, ce qui est un diagnostic d'exclusion. Le Dr D._____ indique encore que les limitations fonctionnelles à retenir sont une incapacité à effectuer une activité avec des efforts, avec une mobilisation répétée du membre supérieur et avec mobilisation de l'épaule en élévation ;
- un rapport du 7 octobre 2022 du Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, nouveau psychiatre traitant de la recourante, posant les diagnostics d'état dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2) et de trouble d'anxiété généralisée (F41.1) et retenant une incapacité totale de travail dans toute activité.

Dans sa duplique du 13 décembre 2022, l'OAI confirme sa position après avoir soumis les rapports médicaux susmentionnés au SMR pour avis. L'OAI s'en remet aux conclusions de ce service selon lequel il n'y a pas d'élément objectif nouveau.

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 point de savoir si l'OAI était fondé à mettre un terme au 30 avril 2020 à la rente entière d'invalidité versée à la recourante depuis le 1^{er} octobre 2019.

b) aa) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » ([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). Ainsi, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version entrant en vigueur le 1^{er} janvier 2022 s'appliquent à toutes les rentes qui prennent naissance à partir du 1^{er} janvier 2022.

Si la décision concernant un premier octroi de rente est rendue après le 1^{er} janvier 2022, mais porte sur un droit qui a pris naissance avant cette date, ce sont les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 qui s'appliquent (cf. ch. 9101 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] valable dès le 1^{er} janvier 2022).

bb) En l'occurrence, l'intimé a retenu, dans la décision attaquée, que le droit éventuel à une rente de l'assurance-invalidité pouvait prendre naissance au plus tôt le 1^{er} octobre 2019 compte tenu de la date de la demande de prestations au 24 avril 2019 (cf. art. 29 al. 1 LAI). L'ancien droit, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, s'applique dès lors au cas d'espèce.

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.

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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).

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. La rente est

versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

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).

b) 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).

c) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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).

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

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

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les

références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

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

cc) Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un

examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existant est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

e) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

4. En l'espèce, il convient d'examiner si l'expertise réalisée par le X._____ SA sur laquelle s'est fondé l'OAI pour établir la situation au plan médical a valeur probante.

a) Sur le plan rhumatologique, l'expert G._____ a posé les diagnostics, ayant un effet sur la capacité de travail de la recourante, de status après une tendinite de l'épaule gauche ainsi qu'une arthropathie acromio-claviculaire gauche avec une atrophie dégénérative acromio-claviculaire et un acromion saillant. Il n'y a pas lieu de mettre en doute les deux premiers diagnostics qui reposent sur les pièces du dossier et sont corroborés notamment par les rapports du Prof J._____ des 20 mars et 10 juillet 2019 et du Dr C._____ du 5 février 2020. Ces diagnostics sont par ailleurs fondés sur l'arthro-IRM du 18 avril 2018 et l'IRM de l'épaule du 28 janvier 2019. Quant à l'atrophie acromio-claviculaire, il s'agit d'un

phénomène relativement nouveau, puisqu'il n'a pas été constaté avant l'expertise, ni par le Dr J. _____ ni par le Dr C. _____. Dans son rapport du 29 mars précité, le Dr J. _____ avait d'ailleurs expressément relevé une absence d'atrophie significative au niveau des corps musculaires de la coiffe des rotateurs.

Cela étant, l'évaluation de la situation médicale par l'expert rhumatologue en lien avec les douleurs au membre supérieur gauche de la recourante apparaît incomplète. En effet, le Dr G. _____ a indiqué n'avoir pas pu procéder à l'examen clinique de l'épaule de la recourante, car celle-ci ne se laissait pas examiner et faisant preuve d'une autolimitation importante. Or, l'expert n'a à aucun moment précisé l'origine de cette autolimitation, ni même cherché à l'investiguer. Il n'a en particulier pas interrogé le Dr O. _____ à ce sujet, ni discuté de la situation avec le co-expert psychiatre, semblant considérer que l'autolimitation consistait en de la simulation. Le seul fait que l'assurée conduise sa voiture sur de petites distances autour de chez elle, ne permet toutefois pas encore de conclure à une autolimitation ne reposant sur aucune cause médicale, qu'elle soit d'origine somatique ou psychosomatique. Par ailleurs, il ressort de l'expertise que la recourante ne réalise presque aucune tâche ménagère, bénéficiant à cet égard de l'aide de son mari et de ses enfants, ainsi qu'un peu d'aide de ses voisins. Or les experts ne démentent pas qu'une telle aide serait nécessaire et liée à l'état de santé de l'intéressée. A cela s'ajoute que peu de temps après l'expertise, le Dr O. _____ a signalé, dans son rapport du 22 avril 2021, que l'atrophie au niveau de la coiffe des rotateurs témoignait d'une neuropathie sévère du nerf circonflexe, avec une importante diminution du deltoïde, une dysesthésie et une impossibilité d'effectuer la pince avec force. Or, l'expert G. _____ n'a pas évoqué la présence d'une telle neuropathie et des symptômes décrits ci-dessus.

Par ailleurs, les conclusions du Dr G. _____ au sujet de l'évolution de la capacité de travail de l'assurée - selon lesquelles il y aurait eu une amélioration à la date de la stabilisation de l'état de santé retenue par le Dr C. _____ dans son rapport du 5 février 2020 -

n'emportent pas conviction. En effet, le fait que l'état de santé soit stabilisé signifie qu'il n'y a plus lieu d'attendre une amélioration de l'état de santé, ce qui justifie, sous l'angle de l'assurance-accidents, de mettre fin au traitement médical à la charge de cette assurance (cf. art. 19 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Cela ne concerne toutefois que les atteintes à la santé qui sont en lien de causalité avec l'accident (cf. art. 4 LPGA) et ne dit rien sur d'éventuelles autres atteintes sans lien avec l'accident. En l'occurrence, le fait que le Dr C._____ ait constaté que l'état de santé était stabilisé dans son rapport du 5 février 2020 ne signifie pas que les atteintes dégénératives de l'épaule gauche de l'assurée, qui ne sont pas en lien avec l'accident, se sont améliorées de manière simultanée. D'ailleurs, le Dr C._____ a constaté dans ce même rapport que la palpation de l'articulation acromio-claviculaire était sensible et que le Cross-arm test était totalement impossible à exécuter, ce qui ne va pas dans le sens d'une amélioration. On ne peut donc suivre le Dr G._____ lorsqu'il estime que la situation de l'épaule gauche dans son ensemble s'est améliorée en février 2020, ce d'autant plus qu'il a lui-même constaté la présence d'une atrophie dégénérative acromio-claviculaire, laquelle ne ressort pas du rapport antérieur du Dr C._____.

Enfin, s'agissant des limitations fonctionnelles à l'épaule gauche, le Dr G._____ a indiqué que l'assurée devait éviter le port de charges de plus de 5 kg du côté gauche, la surcharge du membre supérieur gauche et le travail au-dessus de l'horizontale et relevé que ces limitations étaient compatibles avec l'activité habituelle de taxatrice. Plus loin dans l'expertise, il a ajouté ce qui suit : « l'assurée est capable d'effectuer son travail habituel en évitant de porter des charges de 5 kg du côté gauche ou avec un travail mono-manuel. Elle dit qu'elle est gauchère et qu'elle ne peut pas travailler avec l'épaule gauche. Elle peut tout à fait apprendre à travailler et à gérer avec son épaule droite. Il faudra simplement éviter le travail avec un bras au-dessus de l'horizontale ». Force est de constater que ces conclusions sont peu claires voire contradictoires. En effet, on ignore si l'assurée ne peut plus qu'exercer une tâche mono-manuelle, ou si elle peut utiliser ses deux

bras, mais en évitant de surcharger son bras gauche et de travailler avec le bras au-dessus de l'horizontale. Or, dans le cas où seule une tâche mono-manuelle est exigible, son activité habituelle de taxatrice n'apparaît pas adaptée, étant donné qu'il s'agit essentiellement d'une activité de bureau avec emploi d'un ordinateur nécessitant l'usage des deux bras. En définitive, l'on ignore si l'on peut raisonnablement exiger de l'assurée qu'elle exerce son activité habituelle de taxatrice, de sorte que l'évaluation de son préjudice économique n'est pas possible.

Quant aux rapports du Dr D. _____ des 22 septembre et 2 novembre 2022, ils ne permettent pas de tirer de conclusions définitives sur la capacité de travail de la recourante. En effet, après avoir exclu l'hypothèse d'une algoneurodystrophie au membre supérieur gauche, posée dans son rapport du 22 septembre 2022, le Dr D. _____ a retenu, dans son rapport du 2 novembre suivant, un syndrome douloureux chronique (en sus de la tendinopathie du supra-épineux et de l'arthropathie acromio-claviculaire), précisant qu'il s'agissait d'un diagnostic d'exclusion. Le Dr D. _____ ne s'est toutefois pas prononcé sur l'atrophie au niveau de la coiffe des rotateurs témoignant, selon le Dr O. _____, d'une neuropathie sévère du nerf circonflexe. Le Dr D. _____ semble par ailleurs retenir, dans son rapport du 2 novembre 2022, une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée - à savoir une activité sans efforts, sans mobilisation répétée du membre supérieur et sans mobilisation de l'épaule en élévation - mais ne précise pas à quel taux.

Vu les lacunes mises en évidence ci-dessus s'agissant de la situation médicale de l'épaule gauche de l'assurée, une nouvelle évaluation rhumatologique est nécessaire.

b) Au plan psychiatrique, on constate que l'expert Y. _____ a posé les diagnostics de dysthymie modérée (F 34.1) et de trouble panique en rémission complète (F41.0) sur la base d'un système de classification reconnu, à savoir la Classification internationale des maladies (CIM-10). En se fondant sur une anamnèse (cf. ci-dessus p. 10) et de l'examen clinique

de l'expertisée, il a indiqué, à l'appui de la dysthymie modérée, qu'il avait retrouvé des troubles de l'humeur, tels de la tristesse, des inquiétudes par rapport à l'avenir, une baisse de l'estime de soi, avec des troubles de l'endormissement, sans perte d'appétit et sans idées suicidaires. Ces moments de tristesse avec des crises de larmes n'étaient pas constants et variaient en fonction des circonstances particulières (comme lorsqu'elle pensait à des expériences de perte et selon la météo). L'expert a indiqué que ce tableau ne remplissait pas les critères d'un épisode dépressif, quelle qu'en était l'intensité, mais qu'il s'agissait d'une dysthymie modérée, non incapacitante (F34.1), car l'assurée conservait des envies et des activités lui procurant du plaisir (aller dans les magasins, sortir avec ses amis, lire, regarder la télévision), et relatait qu'elle avait envie de profiter de la vie et de se faire plaisir. Au plan anxieux, l'expert psychiatre a indiqué, sur la base de l'anamnèse, que l'assurée avait eu des crises d'angoisses dans le contexte de la dépression qu'elle avait subie après l'intervention chirurgicale de 2001. De la Fluoxétine lui avait été à nouveau prescrite après un arrêt du traitement durant une année qui avait engendré le retour des crises d'angoisse. Elle avait alors repris ce traitement et depuis, la situation était stable. L'expert retenait en conséquence un trouble panique, en rémission complète (F41.0) avec un traitement à dose minimale et non incapacitant.

L'expert Y._____ a par ailleurs dûment exposé pourquoi il s'écartait des diagnostics retenus par la Dre E._____, psychiatre traitante, dans son rapport du 13 février 2020, à savoir un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), une anxiété généralisée (F41.1) et des troubles anxieux phobiques (F40.9), présents selon la psychiatre traitante depuis 2000 et à l'origine d'une incapacité de travail depuis mars 2018. S'agissant du premier diagnostic, l'expert a expliqué qu'un épisode dépressif moyen supposait la présence d'au moins quatre symptômes qui n'étaient pas réunis en l'occurrence. D'abord, il y aurait une humeur dépressive ne variant guère d'un jour à l'autre selon les circonstances, ce qui n'était pas le cas de l'assurée. Les éléments d'un syndrome somatique seraient une diminution de l'intérêt et du plaisir pour des activités habituellement agréables, alors que l'assurée expliquait au

contraire chercher à se faire plaisir. Il y aurait un manque de réactivité émotionnelle à des événements agréables, alors que l'expertisée avait des contacts sociaux riches et de nombreuses activités. Il y aurait un réveil matinal, un ralentissement psychomoteur ou une agitation, ou encore une perte marquée de l'appétit, ce qui n'était pas non plus le cas en l'occurrence. Les symptômes du diagnostic d'anxiété généralisée (comprenant une anxiété flottante, un sentiment permanent de nervosité, des tremblements, une tension musculaire, de la transpiration, des sensations de tête vide, des palpitations, des étourdissements, un sujet qui s'attend à des malheurs et se fait du souci) n'étaient pas non plus présents. L'expert psychiatre ajoutait que les seules angoisses décrites par l'assurée étaient, d'une part, celles qu'elle avait vécues après l'intervention de 2001 dont elle s'était remise grâce au traitement médicamenteux et à une psychothérapie et, d'autre part, celles qu'elles avaient présentées suite à l'arrêt de la Fluoxétine. Elle se décrivait comme étant stabilisée depuis qu'elle avait repris ce traitement. Concernant le trouble anxieux phobique, la psychiatre traitante ne décrivait pas les symptômes lui permettant de poser ce diagnostic. En résumé, pour l'expert, au plan anxieux, il n'y avait pas lieu de poser un autre diagnostic que celui de trouble panique en rémission complète sous traitement, au vu de l'anamnèse et de l'examen clinique.

Vu ce qui précède, les conclusions de l'expert au sujet des diagnostics de dysthymie et de trouble panique en rémission sont motivées et convaincantes.

L'évaluation psychiatrique réalisée par l'expert Y. _____ est toutefois lacunaire, car ce dernier n'a à aucun moment abordé la question de l'autolimitation au niveau de l'épaule gauche, que ce soit avec l'assurée ou dans le cadre d'une évaluation consensuelle avec ses co-experts (cf. également à ce sujet ci-dessus consid. 4a). Il n'a pas non plus abordé la question de l'effet des comorbidités physiques sur les ressources adaptatives de l'assurée (cf. ci-dessus consid. 3d/bb). Or cette question doit être traitée vu l'importance des comorbidités présentes en l'occurrence (voir également à cet égard le rapport du Dr X. _____ du 7

octobre 2022, qui relève notamment que la « situation de limitation physique est une fragilité importante pour la santé mentale de la patiente »).

On précisera encore que le rapport précité du Dr X._____, ne permet pas, en l'état, de remettre en cause les diagnostics de dysthymie et de trouble panique en rémission posés par l'expert Y._____ dans la mesure où les diagnostics posés par le Dr X._____ (c'est-à-dire un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et un trouble d'anxiété généralisée) ne sont étayés ni par une anamnèse ni par des symptômes cliniques précis. De plus, l'on ignore depuis quand l'assurée est suivie par ce médecin psychiatre et au sujet de quelle période il se prononce. Toutefois, les constatations du psychiatre traitant pourraient être le signe d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée, de sorte qu'il conviendra d'instruire cet aspect dans le cadre du renvoi de la cause à l'OAI (cf. ci-dessous consid. 4d).

Vu les doutes qui subsistent au sujet de l'état de santé de la recourante relevés ci-dessus, une nouvelle évaluation psychiatrique s'avère également nécessaire.

c) Au plan de la médecine interne, on rappelle que le Dr M._____ a posé notamment les diagnostics de syndrome des apnées du sommeil, appareillée depuis octobre 2020, d'insomnies d'endormissement et de milieu de nuit, sans substrat interniste, présentes depuis l'accident de mars 2018, et d'hypertension artérielle traitée. Il a indiqué que la recourante ne présentait pas de limitations fonctionnelles et que compte tenu de l'ensemble des diagnostics ressortant de la médecine interne, la capacité de travail de l'intéressée était et avait toujours été de 100 %.

Or, s'il apparaîtrait justifié de retenir que l'hypertension et l'insuffisance mitrale sont sans influence sur la capacité de travail de la recourante, la première étant traitée par médicaments et les deux atteintes étant asymptomatiques, les conclusions de l'expert s'agissant de la problématique liée au sommeil de l'assurée sont peu convaincantes. En

effet, l'expert M. _____ a indiqué que les insomnies d'endormissement et de milieu de nuit étaient en lien avec les douleurs musculo-squelettiques aux membres supérieurs gauche, au genou et au pied gauche de l'intéressée et que son sommeil était peu réparateur. Il a précisé qu'il y avait une compensation diurne par une sieste dans l'après-midi. L'expert M. _____ a de plus relevé à l'anamnèse que l'expertisée essayait de ne pas pratiquer la sieste, mais qu'elle dormait tous les jours pendant deux heures, submergée par une fatigue entre 14h et 16h. Dans ces circonstances, on voit mal comment la nécessité de se reposer durant la journée en raison des insomnies, que l'expert n'a pas démenties, n'a pas d'incidence sur la capacité de travail de l'intéressée. Une instruction complémentaire à ce sujet s'avère nécessaire, compte tenu également du contexte d'apnées du sommeil, même si cette problématique est en amélioration depuis que l'assurée utilise à nouveau un appareil CPAP (« Continuous Positive Airway Pressure ») depuis le mois d'octobre 2020 (cf. expertise, p. 15) et qu'il n'y a pas d'hypersomnolence diurne excessive dépistée (expertise pp. 24 et 26).

d) En définitive, l'expertise contient des contradictions et des lacunes sur des points importants, de sorte qu'elle ne remplit pas les conditions permettant de lui conférer une pleine valeur probante. La situation médicale et la capacité de travail de la recourante n'étant pas établies au degré de la vraisemblance prépondérante, la Cour de céans n'est pas en mesure de statuer sur son droit à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 30 avril 2020, respectivement de confirmer une amélioration en février 2020.

En conséquence, la cause est renvoyée à l'OAI, à qui il appartient au premier chef d'instruire, pour qu'il mette en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire, après avoir recueilli les informations médicales nécessaires auprès des médecins traitants afin de pouvoir mettre en œuvre une expertise sur la base d'informations médicales actualisées. On rappelle en effet que lorsque l'administration rend une nouvelle décision après que la cause lui a été renvoyée pour instruction complémentaire, la limite temporelle de son examen ne s'étend pas

seulement à la période courant jusqu'à la date de la décision initiale, mais également à la période postérieure à celle-ci jusqu'à la date de la nouvelle décision (TF 9C_457/2013 du 26 décembre 2013 consid. 5.2). L'expertise contiendra des volets rhumatologique (cf. ci-dessus consid. 4a), neurologique (au vu de la neuropathie sévère du nerf circonflexe, avec une importante diminution du deltoïde, une dysesthésie et une impossibilité d'effectuer la pince avec force ; cf. rapport du Dr O. _____ du 22 avril 2021 et consid. 4a ci-dessus), psychiatrique (cf. ci-dessus consid. 4b) et de médecine interne, avec prise en compte de la problématique du sommeil (cf. ci-dessus consid. 4c), toute autre spécialité étant réservée. L'expertise comportera en particulier une évaluation consensuelle de la capacité de travail par les experts, et tiendra compte de l'ensemble des comorbidités de la recourante ainsi que de leurs éventuelles interactions. L'Office rendra ensuite une nouvelle décision sur le droit aux prestations de l'assurance-invalidité de la recourante.

A ce dernier égard, on rappellera, à toutes fins utiles, que la jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans une procédure de révision ou de reconsidération ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente. Dans de telles situations, l'office de l'assurance-invalidité doit vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en oeuvre de mesures d'ordre professionnel, même si ce dernier a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste (arrêt 9C_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.2 et les références). Dans l'ATF 145 V 209, le Tribunal fédéral a précisé qu'en cas de réduction ou de suppression de la rente d'invalidité d'un assuré âgé de plus de 55 ans, il y a lieu, en principe, de

mettre en oeuvre des mesures de réadaptation également lorsque l'on statue sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente (TF 9C_663/2020 du 11 août 2021 consid. 4.1). Le moment auquel la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible (ATF 138 V 457).

5. a) Vu ce qui précède, le recours est admis, la cause étant renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 7 juillet 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.
- 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. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante un montant de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre d'indemnité de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Marie-Alice Noël (pour H. _____),
- 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 :