

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 octobre 2024

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Pasche, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

T. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], divorcée, de nationalité [...], établie en Suisse depuis 2006, a travaillé en tant que serveuse dès juillet 2016 à 50 % pour le K._____, taux d'activité complété dès le 1^{er} octobre 2019 par un engagement auprès de la M._____.

Le 26 novembre 2019, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation au volant de son véhicule automobile. Alors qu'elle était à l'arrêt à l'entrée d'un rond-point, un autre véhicule automobile est entré en collision par l'arrière. Les deux conducteurs ont immédiatement établi un constat amiable d'accident automobile, puis l'assurée est retournée à son domicile au volant de son véhicule.

Le 12 décembre 2019, l'assurée s'est rendue aux urgences de la F._____, en raison de céphalées, de troubles de convergences, de cervicalgies et d'une sensation d'instabilité apparus le lendemain de l'accident. Des radiographies du rachis cervical et un scanner cérébral ont été effectués, lesquels n'ont révélé aucune lésion, et le diagnostic d'entorse cervicale moyenne post accident de la voie publique a été posé (cf. rapport de consultation ambulatoire du 12 décembre 2019 et rapport de scanner cérébral et de radiographie de la colonne cervicale du 12 décembre 2019).

Le 21 janvier 2020, la M._____ a annoncé un sinistre auprès de l'assurance-accident J._____, en signalant que l'assurée avait interrompu son travail dès le 13 janvier 2020. Cet assureur a pris en charge le cas et versé des prestations.

Le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale, a attesté d'une incapacité de travail totale dès le 13 janvier 2020 dans un rapport adressé le 30 janvier 2020 à la J._____, incapacité confirmée ultérieurement (cf. rapport du 17 juin 2020). Dès lors, l'assurée a consulté de nombreux médecins et passé divers examens afin de déterminer

l'étiologie des symptômes qu'elle ressentait depuis mi-décembre 2019 (cervicalgies, brachialgies et troubles de sensibilité dans la main droite). Les pièces médicales suivantes ont ainsi été établies :

- Un rapport de consultation du 19 février 2020 de la Dre Q._____, spécialiste en neurologie, dont il ressort que l'examen électrophysiologique n'avait pas mis en évidence d'atteinte radiculaire C5 à T1 droite ni d'atteinte tronculaire au niveau des nerfs de la main, mais qu'une irritation radiculaire de type préganglionnaire C6-C7 restait possible.
- Un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) du 28 février 2020, concluant à un rétrécissement foraminal droit débutant en C5-C6, non significatif mais pouvant être responsable d'un syndrome irritatif sur la racine C6 à droite. Un tunnel carpien n'était pas écarté devant la symptomatologie, ainsi qu'un phénomène de Raynaud, mais il n'y avait pas d'argument pour un canal cervical étroit ni pour une myélopathie.
- Une lettre de consultation établie le 19 mars 2020 par le Dr V._____, spécialiste en neurochirurgie, constatant que la patiente présentait des cervicalgies et des douleurs dans la main droite et au niveau du cou dans la région du trapèze droit, ainsi qu'une brachialgie s'irradiant dans la face latérale et externe de la main droite jusqu'aux 3^e, 4^e et 5^e doigts de la main droite. Il y avait une diminution de la sensibilité à l'extrémité de ces trois doigts avec une sensation de fourmillement et une hyperhémie de la main droite. Le spécialiste préconisait de procéder à un nouvel examen électromyographique.
- Un rapport d'électroneuromyogramme (ENMG) établi le 23 avril 2020 par le Dr L._____, spécialiste en neurologie, concluant comme suit :

« L'élément essentiel de cet examen est constitué des troubles neurovégétatifs brusques associés à la plainte de douleurs et d'impotence du [membre supérieur droit] alors que les examens

cliniques et neurographiques sont normaux. Même en l'absence de signes objectifs (atrophie cutanée, rétraction etc.) il faut envisager la possibilité d'un syndrome douloureux complexe régional.

J'ai demandé au Dr B. _____ d'examiner la patiente et celui-ci pense également que ce diagnostic est possible et doit faire l'objet des examens et surtout du traitement adéquat. Heureusement une hospitalisation à la Z. _____ dès le 27.04.20.

D'autre part une évaluation psychologique me paraît nécessaire car un trouble anxieux est probable, préexistant à l'accident de 2019 mais peut être décompensé par cet accident avec des symptômes pouvant éventuellement être un syndrome post-traumatique.

Il faut noter que le comportement de la patiente ne m'évoque pas un trouble fonctionnel.

Finalement les douleurs thoraciques minimales actuellement sur les articulations de la 6^{ème} côte pourrait être due à l'effet de la ceinture lors de l'accident. »

- Un rapport de consultation du 23 avril 2020 du Dr B. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, concluant comme suit :

« (...) En présence d'une douleur non explicable sur base organique, d'une diminution de la mobilité active des doigts, d'une tuméfaction, d'une possible zone réduite d'hyperpathie et de sensations de dysesthésie et d'engourdissement référées anamnestiquement, on peut retenir mais sans conviction absolue qu'il existe des éléments minimaux pour évoquer si ce n'est formellement diagnostiquer un CRPS [ou SDRC : syndrome douloureux régional complexe] de type 1 en accord avec les critères diagnostiques dits de Budapest. Si les éléments dans le sens de ce diagnostic de CRPS apparaissent discrets et peu nombreux, il n'existe dans le même temps pas de diagnostic différentiel d'origine organique à considérer pour les troubles constatés. Dans le diagnostic différentiel, on peut naturellement encore évoquer comme origine des troubles un problème d'origine psychogène, avec œdème de stase au niveau de la main en rapport avec la sous-utilisation, éventualité diagnostique sur laquelle je ne peux naturellement pas me prononcer en tant que chirurgien orthopédique. Dans le même sens mais sans pouvoir bien entendu l'exclure, je ne retiens pas non plus d'éléments parlant pour une simulation.

Même si ce diagnostic de CRPS n'apparaît pas complètement convaincant, en l'absence d'autres diagnostics probants, je préconiserais personnellement une prise en charge similaire à un CRPS, avec un accent particulier sur de la rééducation ergothérapeutique et physiothérapeutique en miroir. J'avais initialement pensé à suggérer à l'assurance accidents d'effectuer une évaluation complémentaire auprès d'un médecin avec hautes compétences dans le domaine de CRPS, mais la patiente m'a informé en fin de consultation qu'elle devait se rendre à la Z. _____ ce lundi 27 avril pour une évaluation de trois jours qui devrait

permettre d'évaluer de manière plus approfondie cette suspicion diagnostique de CRPS. La patiente est également d'accord d'effectuer un séjour stationnaire pour réadaptation si nécessaire. »

- Un rapport de consultation du 14 juillet 2020 du Dr W._____, spécialiste en neurologie, concluant à l'absence d'atteinte neurologique significative, à caractère tant céphalique que médullaire, radiculaire et tronculaire.
- Un rapport de consultation de la Dre H._____, médecin assistante au Centre [...], du 17 juillet 2020, posant le diagnostic de cervico-dorso-brachialgies d'origine mixte post-traumatique avec possible composante de CRPS et contexte anxieux.
- Un rapport d'IRM de la colonne cervico-dorsale du 24 juillet 2020, concluant à l'absence de fracture ou tassement vertébral constaté ainsi que de rétrécissement canalaire ou de signe de myélopathie, et signalant une arthrose postérieure C7-D1 gauche à caractère inflammatoire, des petites protrusions discales C3-C4, C4-C5 et C5-C6 médianes sans hernie discale ou conflit radiculaire, des protrusions discales D3-D4 médiane et paramédiane gauche, D4-D5 paramédiane droite et D11-D12 pré-foraminale et foraminale droite à base large sans net conflit radiculaire.
- Des rapports d'IRM effectués en [...] en août et septembre 2020 et leur traduction en français, en particulier deux rapports d'IRM du 18 août 2020 (cérébral natif, rachis cervical, colonne thoracique et colonne lombaire), constatant notamment la présence d'un débord discal circonférentiel minimum L5-S1 avec fissure annulaire fibreuse tangente aux racines extra-foraminales L5, ainsi qu'un rapport d'électro-encéphalogramme (EEG) du 10 septembre 2020
- Des fiches de consultation établies les 4 août et 23 septembre 2020 par la Dre E._____, médecin à [...], et sa traduction en français.
- Un rapport établi 5 novembre 2020 par le Prof. X._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation portant sur une

consultation du 26 octobre 2020, et une version modifiée du 24 novembre 2020. Sur la base d'un examen clinique et des imageries médicales obtenues par l'assurée dans son pays d'origine en septembre 2020, ce médecin a conclu dans son rapport du 5 novembre 2020 que la correspondance entre l'anamnèse, les plaintes et l'imagerie était modeste. Il y avait des lésions possiblement post-traumatiques au niveau du genou et de la cheville droites, ainsi que des lésions d'allure dégénérative et relativement banales par ailleurs.

- Un rapport établi le 12 novembre 2020 par le Dr S._____, spécialiste en neurologie, suggérant d'adresser l'assurée à un centre de la douleur dès lors qu'il n'y avait pas d'anomalie observable à l'examen neurologique, hormis des douleurs à la mobilisation cervicale, et que l'électroencéphalogramme (EEG) de veille était dans les limites de la norme. A la demande de l'assurée, le spécialiste a précisé, dans un courrier du 8 décembre 2020 au médecin traitant, que contrairement à ce qu'il avait noté, l'arrêt de travail n'avait pas débuté immédiatement après l'accident mais en janvier 2020 et que l'intéressée n'avait pas souffert d'épigastralgies avant l'accident, mais que pour le surplus ses conclusions restaient identiques, qu'il n'entendait pas modifier son rapport selon les directives de la patiente et qu'il suggérait de solliciter l'avis d'un autre neurologue au vu de la situation conflictuelle.
- Un rapport établi le 1^{er} décembre 2020 par le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dans lequel il indiquait se rallier à l'évaluation et la proposition du Dr S._____ s'agissant des cervico-brachialgies.

En parallèle à ces consultations, l'assurée a séjourné du 18 au 20 mai 2020 à la Z._____ pour une évaluation interdisciplinaire sollicitée par J._____. La [...] a disposé du dossier de l'assurance-accidents et l'a complété en faisant procéder à une scintigraphie osseuse (cf. rapport du 18 mai 2020) et à des radiographies des mains (cf. rapport du 20 mai 2020). Dans leur rapport du 27 mai 2020, les Drs G._____, spécialiste en

neurologie, et U._____, spécialiste en médecine interne générale, ont posé les diagnostics primaires de traumatisme cervical indirect de degré II selon la classification de QTF (Quebec Task Force), survenu le 26 novembre 2019, et de possible SDRC de type I du membre supérieur droit. Ils ont précisé que le tableau clinique était peu objectivé par les investigations cliniques, radiologiques et électrophysiologiques et qu'il n'y avait pas de substrat organique permettant de l'expliquer d'un point de vue orthopédique. A six mois de l'accident, les douleurs étaient disproportionnées par rapport à l'événement initial. La symptomatologie du traumatisme cervical était au décours et le possible CRPS de type I était en phase II, chez une patiente ambidextre qui avait tendance à latéraliser davantage à gauche. Une évaluation psychiatrique effectuée par le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dont les constatations étaient jointes à l'évaluation interdisciplinaire, n'avait pas permis de retenir une psychopathologie. L'assurée avait également participé à une évaluation des capacités fonctionnelles aux ateliers professionnels, où il avait été constaté qu'elle sous-estimait ses capacités physiques réelles. Malgré une sous-utilisation relative de la main droite, elle essayait de l'intégrer dans les activités plutôt bimanuelles. Dans le rapport d'évaluation en atelier professionnel, également annexé à l'évaluation interdisciplinaire, il était relevé qu'en fin d'activité, l'assurée signalait, sur demande, quelques tensions musculaires au niveau de la nuque décrites comme acceptables et ayant une incidence négligeable sur la performance réalisée. Il a par ailleurs été relevé un certain déconditionnement physique lié à la sous-utilisation de la main droite, qui pouvait être en partie corrélée au fait que l'assurée était gauchère et qu'elle se disait bien entourée pour les tâches de sa vie quotidienne. Cela étant, le pronostic médico-théorique d'une reprise d'activité semblait tributaire du possible syndrome régional complexe douloureux. L'assurée présentait des facteurs d'évolution favorable, avec des symptômes encore modestes, l'absence de raideur, de franc signe vasomoteur et de kinésiophobie, une volonté d'utiliser également le membre supérieur droit dans les activités bimanuelles malgré une latéralisation à gauche des activités monomanuelles, ainsi que l'absence d'allodynie et d'un trouble psychique constitué. Il existait en revanche des freins à la réinsertion

professionnelle, avec des capacités fonctionnelles en-dessous des exigences d'un poste dans la restauration, une cotation élevée des douleurs à 7 sur 10 EVA, l'incapacité cervicale estimée grave, l'absence d'une formation professionnelle certifiante ainsi qu'un litige avec l'un des employeurs. Sur le plan thérapeutique, il était important de proposer une prise en charge axée sur le CRPS par des professionnels de santé ayant de l'expérience avec cette pathologie.

Par décision du 17 décembre 2020, J._____ a dit que le lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles actuels et l'événement du 26 novembre 2019 n'était plus admis dès le 27 novembre 2020, date à partir de laquelle la prise en charge des prestations d'assurance devait être refusée.

L'assurée s'est opposée à cette décision en produisant les pièces médicales obtenues en [...] avec son opposition. J._____ les a soumises à son médecin-conseil, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce spécialiste a exposé dans un rapport du 26 mars 2021 que ces éléments confirmaient l'absence de lésion structurelle imputable à l'accident du 26 novembre 2019, mais la présence d'un état antérieur dégénératif du rachis cervical, thoracique (dorsal) et lombaire, sous forme notamment de discopathies, de débords discaux et d'une fissure d'anneau fibreux.

J._____ a confirmé sa position par décision sur opposition du 15 avril 2021. Le recours déposé par l'assurée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée a été rejeté par arrêt du 15 mars 2022 (AA 65/21 - 30/2022) puis le Tribunal fédéral a rejeté le recours formé contre cet arrêt le 28 novembre 2022 (TF 8C_259/2022).

B. Entretiens, 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) le 19 juin 2020, en signalant une incapacité de

travail totale depuis le 13 janvier 2020 en raison d'atteintes à la santé causée par l'accident de voiture du 26 novembre 2019.

L'OAI a versé un extrait du compte individuel AVS de l'assurée le 26 juin 2020 et s'est fait remettre régulièrement des extraits du dossier constitué par J._____.

Remplissant le 7 juillet 2020 un formulaire de rapport médical détaillé UE/AELE, le Dr C._____ a posé les diagnostics de traumatisme cervical indirect de degré II et de SDRC de type 1 du membre supérieur droit entraînant une incapacité de travail totale depuis le 13 janvier 2020 et a joint divers rapports médicaux cités ci-avant (consid. A).

Le K._____ a remis un questionnaire pour l'employeur le 21 juillet 2020, indiquant en particulier que le contrat de travail avait pris fin le 31 janvier 2020, le dernier jour travaillé étant le 5 janvier 2020.

L'OAI a octroyé une mesure d'intervention précoce (entretien d'évaluation, bilan et préparation à l'emploi) auprès de la fondation [...] du 27 juillet 2020 au 15 janvier 2021 (cf. Communication du 15 juillet 2020). L'assurée n'a toutefois pas participé au premier entretien, malgré un report de celui-ci. Contactée par le responsable de la mesure, elle avait expliqué s'être rendue en [...] pour réaliser une série d'exams médicaux afin d'objectiver l'atteinte à la santé qu'elle estimait ne pas avoir été correctement évaluée par la Z._____. Elle avait par ailleurs refusé de procéder au bilan par téléphone en invoquant des migraines (cf. courriel de la fondation [...] du 12 août 2020 et rapport de mesure du 17 août 2020). L'OAI a en conséquence mis fin à l'intervention précoce en vue de clarifier la capacité de travail et les limitations fonctionnelles (cf. rapport d'intervention précoce du 28 août 2020).

Après plusieurs rappels et une sommation formelle du 22 septembre 2020, l'assurée a remis le 30 octobre 2020 diverses pièces requises par l'OAI pour constituer son dossier, en particulier un

questionnaire de détermination du statut dans lequel elle a indiqué que, sans l'atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % en tant que serveuse.

Interrogé par l'OAI, le Dr A._____, médecin praticien, a indiqué le 24 novembre 2020 qu'il avait été consulté à une reprise par l'assurée pour avis et a transmis les pièces médicales dont il a disposé, cités ci-avant (consid. A).

Également contacté par l'OAI, le Dr C._____ a rempli un questionnaire médical le 29 janvier 2021. Posant les diagnostics de traumatisme cervical indirect de type II et de possible SDRC de type 1, il a décrit le status comme suit : engourdissement du membre supérieur droit, douleurs cervico-dorso-lombaires et du poignet droit, épithrocléite des deux côtés et hémicrânie droite surtout vespérale. Les limitations fonctionnelles concernaient toutes les articulations de l'hémicorps droit. Il avait introduit un traitement médicamenteux ainsi qu'une physiothérapie de mobilisation, antalgie et gainage de longue durée. Le Dr C._____ concluait enfin à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis le 13 janvier 2020, mais de 50 % dans une activité adaptée.

Le 29 mai 2021, l'assurée a adressé à l'OAI les rapports médicaux obtenus en [...] durant l'été 2020 et leurs traductions en français.

L'assurée a passé une IRM dorsale le 25 juin 2021, à la demande du Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale. Cet examen a révélé une petite hernie discale paramédiane gauche en D3-D4 sans conséquence neurologique et de multiples hémangiomes bénins d'aspect (cf. rapport d'IRM dorsale du 25 juin 2021).

Dans un rapport du 28 septembre 2021, la Dre Q._____ a décrit les résultats d'un nouvel examen électrophysiologique de l'assurée et a conclu à la stabilité de la situation, mis à part l'apparition d'une très discrète atteinte myélinique du nerf médian droit au poignet. Un syndrome

irritatif cervical radiculaire C5 à C6 était toujours suspect mais il n'y avait pas d'argument en faveur d'un CRPS.

Répondant le 9 février 2023 au questionnaire de l'OAI portant sur l'évolution de sa situation depuis le dépôt de sa demande, l'assurée a indiqué que son état de santé était resté stable, qu'elle n'avait pas repris d'activité professionnelle et qu'elle était dans l'attente d'une réponse d'un nouveau médecin. Invitée à communiquer le nom de ce médecin, l'assurée a répondu par courriels des 18 avril et 11 mai 2023 que les médecins consultés voulaient systématiquement l'orienter « vers la maladie » à tort.

L'OAI a soumis le dossier au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), lequel a rendu l'avis suivant le 22 septembre 2023 :

« Discussion et attitude :

Incapacité de travail totale depuis le 13.01.2020 après accident de voiture le 26.11.19 avec coup du lapin. Alors qu'une évaluation initiale à la Z. _____ en mai 2020 retenait un traumatisme cervical indirect et un possible SDRC (tuméfaction bras-main D), les multiples examens d'imagerie réalisés par la suite ont exclu une atteinte traumatique de type fracture pour ne révéler que des troubles dégénératifs débutants et des protrusions discales sans conflits radiculaires. Parallèlement, les examens neurophysiologiques n'étaient pas en faveur d'un SDRC et montraient uniquement une discrète atteinte du [nerf] médian droit (tunnel carpien) et un doute concernant un syndrome irritatif au niveau C5-C6. Cliniquement, hormis les douleurs, la mobilité est conservée au plan ostéoarticulaire et l'examen neurologique est dans la norme. Dans ce contexte, l'assurance accident a clôturé le cas après recours de l'assurée. Depuis lors nous n'avons pas réellement pu obtenir de renseignements médicaux. Malgré une évaluation psychiatrique rassurante de la Z. _____, nous nous interrogeons sur la présence d'un trouble somatoforme (somatisations mentionnées au dossier) au vu de l'ampleur des plaintes en l'absence de substrat organique, des consultations répétées avec de multiples intervenants en privé, au CHUV et en [...], des multiples changements de médecins traitants depuis 2020. Il faut mentionner également la particularité du comportement relevée par certains intervenants et la méfiance de l'assurée vis-à-vis des médecins en général faisant suspecter tout de même la présence d'une atteinte au plan psychique. Afin de pouvoir quantifier les répercussions des douleurs au quotidien et préciser ces éléments, nous tentons une dernière fois d'interroger les intervenants actuels. En l'absence de ceux-ci, nous déciderons si une expertise multidisciplinaire doit être réalisée. Merci d'adresser une demande de rapport initial au nouveau médecin traitant en charge du suivi et de demander à l'assurée si elle est suivie par un

psychiatre, le cas échéant lui adresser une demande de [rapports médicaux]. »

A nouveau invitée à communiquer le nom de son médecin traitant, l'assurée a indiqué qu'elle avait consulté à nouveau le Dr C._____. Celui-ci a répondu à un questionnaire médical de l'OAI le 5 décembre 2023. Posant le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe de type 1 depuis le 26 novembre 2019, il a fait état d'une capacité de travail nulle depuis cette date dans l'activité habituelle et ne s'est pas prononcé sur l'exigibilité d'une capacité de travail dans une activité adaptée. Il n'y avait cependant pas de contre-indication à la mise en œuvre de mesures de réinsertion. Il s'est référé pour le surplus à des pièces médicales jointes, à savoir des rapports médicaux établis en 2020 déjà cités ci-avant (consid. A). Le Dr C._____ a précisé qu'il n'avait plus revu la patiente entre le 30 avril 2021 et le 14 novembre 2023, cette dernière consultation ayant été sollicitée uniquement pour obtenir un certificat d'incapacité de travail.

Le SMR a émis l'avis suivant le 19 janvier 2024 :

« (...)

Faits-nouveaux

Dans son [rapport médical] du 5.12.23 (Ged 11.12.23) le Dr C._____, médecin traitant depuis au moins 2019, retient le diagnostic de SDRC de type 1 présent depuis l'accident en novembre 2019. Il ne précise ni les plaintes ni le status clinique actuel ayant uniquement vu l'assurée pour un certificat médical en novembre 2023 (précédente consultation en avril 2021). Il nous renvoie les rapports de consultation de l'année 2020 déjà en notre possession (IRM cervicale, consultations orthopédique, médecine physique et réadaptation, neurologique, neurochirurgicale, ENMG,... concluant à des douleurs sans autres anomalies --> assurée adressée au centre de la douleur). Il estime la [capacité de travail dans l'activité habituelle] nulle depuis l'accident, ne se prononce pas pour la [capacité de travail dans une activité adaptée]. Il n'y a pas de contre-indication pour des [mesures de réadaptation]. L'assurée n'est pas suivie par d'autres médecins que le Dr C._____ (Ged 22.11.23).

« Discussion et conclusion :

Bien que des troubles dégénératifs débutants soient décrits au niveau cervical ainsi qu'une discrète atteinte du [nerf] médian présente au poignet droit, l'absence de consultations auprès du médecin traitant depuis 2021 laisse penser que ces atteintes ne sont pas incapacitantes. Cela rejoint les conclusions des multiples investigations courant 2020 dont les rapports médicaux concluaient

à une mobilité conservée et l'absence d'anomalie neurophysiologique (hormis le discret tunnel carpien). Au vu de ces éléments, en l'absence de limitations fonctionnelles, nous n'avons pas d'éléments pour retenir une atteinte durablement incapacitante au sens de la LAI. »

L'OAI a rendu un projet de décision le 16 janvier 2024, prévoyant le rejet de la demande de prestations, au motif que l'assurée ne présentait aucune atteinte à la santé durablement incapacitante selon l'assurance-invalidité.

L'assurée a contesté ce projet par courrier du 6 février 2024, en faisant valoir qu'elle n'avait pas repris le travail depuis le 13 janvier 2020, date du début de son incapacité de travail. Elle relevait à cet égard que le Dr C._____ avait noté par erreur la date de l'accident comme début de l'arrêt de travail. Elle ajoutait qu'elle avait obtenu un versement de son ancien employeur en avril 2023 dans le contexte d'une procédure prudhomme. Elle a joint en particulier une transaction conclue les 5 et 6 avril 2023 avec le K._____ et un certificat médical établi le 2 février 2024 par le Dr C._____, attestant d'une incapacité de travail totale depuis le 13 janvier 2020.

Invitée par l'OAI à produire des éléments susceptibles de modifier sa position, l'assurée a repris dans un courrier du 26 février 2024 ses griefs à l'égard du traitement de son dossier par l'assurance-accidents. Elle se plaignait également de l'ensemble des médecins consultés depuis son accident, car ils avaient refusé de procéder à des investigations qui permettraient de prouver que l'accident avait provoqué d'importantes séquelles. Elle a joint la réponse donnée le 13 février 2024 par le Dr C._____ à sa dernière sollicitation, dont il ressort que ce médecin n'entendait pas rédiger de nouveau rapport, qu'il ne voyait aucune nouvelle investigation à entreprendre et qu'il ne souhaitait plus être son médecin.

Par décision du 18 mars 2024, reprenant la motivation de son projet, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Dans un

courrier séparé, daté du même jour, l'OAI a indiqué n'être en possession d'aucun élément permettant de revoir sa position.

C. T._____ a recouru contre la décision précitée par acte adressé le 16 avril 2024 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, rectifié le 30 avril 2024. Concluant implicitement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise médicale, la recourante a fait valoir en substance que le rapport d'évaluation de la Z._____ était incomplet, car il omettait divers éléments, notamment le rapport du Dr V._____ du 9 mars 2020 ou la mention d'une hernie préganglionnaire par la Dre Q._____. Elle se plaignait également du fait que les pièces médicales obtenues ensuite en [...] n'avaient pas été prises en compte, contrairement aux rapports du Prof. X._____ et du Dr C._____, auxquels elle n'attribuait aucune valeur probante. Il fallait en particulier relever la présence d'atteintes aux vertèbres L5-S1, qu'elle attribuait à son accident. Enfin, en l'absence d'expertise médicale, il fallait tenir compte des certificats attestant d'une incapacité de travail de 100 %. Elle a joint en particulier des certificats médicaux d'arrêt de travail à 100 % établis par le Dr C._____ les 29 janvier et 23 mars 2021, 14 novembre 2023 et 2 février 2024, deux certificats médicaux d'arrêt de travail à 100 % établis les 23 juillet et 29 octobre 2021 par le Dr R._____, des photographies, notamment de son véhicule et de ses mains, ainsi qu'un rapport de consultation établi par le Dr B._____ le 9 avril 2021 relatif à une consultation du 23 mars 2021 et exposant en particulier ce qui suit :

« (...)

Status

Durant l'anamnèse, la gestuelle du membre supérieur droit est pauvre mais non absente. Le bras est le plus souvent laissé le long du corps, main en pronation. Comme constaté précédemment mais de manière un peu plus diffuse à tous les doigts et à la paume de la main droite, on note une discrète tuméfaction par rapport au côté controlatéral ainsi qu'une discrète dyscoloration. La sudoration palmaire apparaît également légèrement plus marquée à droite, mais il n'y a pas d'amyotrophie visible au niveau des éminences thénar et hypothénar. Les mouvements des doigts sont fluides mais on note un déficit d'extension global des doigts avec persistance d'un flexum au niveau des [interphalangiennes proximales] contre un recurvatum des doigts et de ces articulations en particulier du côté gauche. La flexion des doigts est complète avec contact pulpo-

palmaire de tous les doigts. La force de préhension est légèrement diminuée à droite. La mobilité des coudes et des épaules est complète bilatéralement avec au niveau des épaules flexion à 170° et abduction à 180°. Il n'y a pas de douleur à la palpation sous-acromiale. En revanche, douleur à la palpation des insertions du trapèze à droite, en particulier en occipital et en acromio-claviculaire (chape trapézo-deltoïdienne). Au testing de la sensibilité, il existe clairement une hypoesthésie au niveau du visage respectant précisément le territoire du V1 à droite, tandis que la sensibilité est préservée au niveau de l'hémivisage gauche et des territoires du V2 et du V3 à droite. Au niveau du membre supérieur droit, légère hypoesthésie au niveau de la main et de l'avant-bras à droite, sans territoire dermatomérique ou nerveux périphérique clairement établi. Finalement douleur modérée à la palpation de la gouttière du nerf ulnaire bilatéralement avec prédominance à gauche, sans évidence de luxation. Pas de douleur à la palpation de l'insertion des muscles épitrochléens.

Attitude thérapeutique

Je revois madame T. _____ presque une année après ma première évaluation et je constate une situation organique relativement similaire à ce que j'avais alors constaté. La tuméfaction de la main est toutefois un peu plus diffuse, de même que les signes de dyscoloration. En revanche, il y a eu bonne récupération de la mobilité active des doigts, même si celle-ci n'est pas complète. En considération de ces éléments, de ceux constatés lors du séjour à la Z. _____ et de l'absence d'autres diagnostics capables d'expliquer de manière satisfaisante les troubles persistants et l'aspect clinique, je retiens le diagnostic de probable SDRC au niveau du membre supérieur droit et plus particulièrement de la main droite. En l'absence de diagnostic différentiel satisfaisant et en présence de signes cliniques objectifs, il n'y a en effet pas lieu de considérer le diagnostic de SDRC comme uniquement possible. A cela s'ajoutent des signes de myogélose et d'insertionite pratiquement uniquement localisée à la région trapézienne droite, respectivement cervicale. Durant l'entretien, j'ai eu le sentiment que la patiente avait des difficultés à admettre en considération du vécu psychologique de l'accident qu'il n'y a pas eu de lésion organique plus grave et elle éprouve aussi des difficultés à se projeter en avant dans la direction de la guérison, présentant dans le même temps des difficultés à admettre le diagnostic de SDRC et les possibilités de guérison en rapport avec ce diagnostic. Durant l'examen, je n'ai constaté aucun élément qui devrait faire considérer une exagération des symptômes, une simulation ou une origine artéfactuelle des signes cliniques objectifs, chez une patiente par ailleurs extrêmement collaborante durant l'anamnèse et le status.

S'il est sans doute regrettable qu'une prise en charge réadaptative intensive n'ait pas été possible, je pense que l'état séquellaire peu marqué actuellement mais encore invalidant d'un point de vue fonctionnel pourrait être amélioré avec un renforcement des mesures physiothérapeutiques et introduction d'un traitement ergothérapeutique. Alternativement, on pourrait considérer le séjour de réadaptation intensif précédemment proposé et refusé par l'assurance accidents. D'un point de vue psychique et en tant que praticien non spécialiste, je pense qu'un soutien psychologique

pourrait certainement aider la patiente, en plus du traitement médicamenteux. On pourrait également considérer la possibilité en parallèle d'une approche par hypnothérapie. Pour les troubles musculaires prédominant au niveau du muscle trapèze et de la musculature cervicale droite, une approche ostéopathique ou de médecine manuelle devrait permettre une résolution des symptômes.

(...) »

Le 16 mai 2024, déférant à la demande en ce sens présentée dans l'intervalle, le bénéficiaire de l'assistance judiciaire a été octroyé à la requérante, comprenant l'exonération d'avances, de frais judiciaires et de franchise mensuelle.

Répondant le 20 juin 2024, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée, dès lors que la requérante n'avait transmis aucun élément pertinent à l'appui de son recours.

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) Est litigieux le point de savoir si la requérante présente, en raison d'une atteinte à sa santé, une diminution de sa capacité de travail

et de gains susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente d'invalidité.

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.

En l'espèce, la demande de prestations a été déposée en juin 2020, en lien avec des symptômes apparus en décembre 2019 et ayant motivé une interruption de l'activité professionnelle dès le 13 janvier 2020. Compte tenu du délai de l'art. 29 al. 1 LAI, non touché par la modification, le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 est 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.

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).

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

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).

En vertu de l'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).

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).

4. a) En l'espèce, au terme de son instruction, l'intimé a retenu que la recourante ne présentait pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante selon l'assurance-invalidité. Il s'est fondé à cet égard sur les avis SMR des 22 septembre 2023 et 19 janvier 2024, qui mettaient en relation les résultats des multiples examens médicaux effectués en 2020

et l'absence de toute consultation médicale après 2021, pour retenir que les atteintes n'étaient pas incapacitantes.

A l'instar du SMR, il faut constater que les symptômes dont la recourante s'est plainte dès décembre 2019, et qui ont motivé un arrêt de travail à partir de janvier 2020, ont été largement investigués sur le plan somatique. En effet, entre janvier 2020 et novembre 2021, la recourante a consulté pas moins de trois médecins internistes, quatre neurologues, un neurochirurgien, deux orthopédistes et un professeur en médecine physique et réadaptation. Elle a en outre été hospitalisée durant trois jours à la Z._____ en mai 2020 aux fins d'évaluation pluridisciplinaire, incluant les volets de médecine interne, de neurologie et de psychiatrie. Elle s'est également rendue en [...] pour obtenir des examens supplémentaires. Dans ce laps de temps, elle a passé plusieurs examens électrophysiologiques, des radiographies, des scanners et de nombreuses IRM. Or, les conclusions des spécialistes consultés convergent dans le sens d'une absence d'atteinte objectivable sur le plan neurologique ou ostéoarticulaire, nonobstant des signes dégénératifs de la colonne vertébrale visibles sur les imageries. En présence de symptômes évocateurs d'un SDRC au niveau de la main droite, ce diagnostic a été retenu comme « possible » par les Drs L._____ et B._____ lorsqu'ils ont examiné la recourante en avril 2020, afin d'orienter la prise en charge thérapeutique dans ce sens. Les médecins de la Z._____ ont fait le même constat en mai 2020, en soulignant le fait que les symptômes étaient « modestes ». En conséquence, le Dr C._____ a prescrit de la physiothérapie et un traitement antalgique. Les spécialistes consultés après le séjour de l'assurée en [...] n'ont pas posé d'autre diagnostic ni proposé d'autre approche. Ainsi, le Prof. X._____ a relevé le caractère modeste de la correspondance entre l'anamnèse, les plaintes et l'imagerie, tandis que le Dr S._____, en l'absence d'anomalie observable à l'examen neurologique, a proposé à la recourante de s'en remettre à une consultation de la douleur, conseil qu'elle n'a toutefois pas suivi.

Avec son recours, la recourante a produit pour la première fois un second rapport du Dr B._____ relatif à une consultation de mars

2021, posant désormais un « probable » diagnostic de SDRC. On peut s'en étonner car, comme l'a relevé la Cour de céans dans son arrêt du 15 mars 2022 portant sur le volet d'assurance-accidents, aucun élément déclencheur d'un SDRC au niveau du membre supérieur droit - lésion, contusion ou intervention chirurgicale - n'a été rapporté précédemment par la recourante. Celle-ci a également joint des certificats médicaux d'arrêt de travail établis en janvier et mars 2021 par le Dr C._____, respectivement en juillet et octobre 2021 par le Dr R._____, ce dernier médecin traitant ayant par ailleurs organisé une ultime IRM dorsale passée le 25 juin 2021. Il y a également eu une consultation de contrôle en septembre 2021 auprès de la Dre Q._____. Ensuite, en l'absence de toute pièce médicale versée au dossier, il faut retenir que la recourante n'a plus vu de médecin jusqu'en novembre 2023, lorsque l'intimé l'a invitée à communiquer le nom de son médecin traitant afin de réactualiser son dossier médical. Il est manifeste que la recourante est alors retournée chez le Dr C._____ pour les besoins de la cause, notamment en vue d'obtenir un nouveau certificat médical d'arrêt de travail. Ce médecin a établi un rapport très succinct le 5 décembre 2023, qui n'apporte rien de nouveau si ce n'est de confirmer l'absence de traitement depuis deux ans. Les écrits ultérieurs du Dr C._____ montrent que ce rendez-vous n'a pas non plus débouché sur la mise en place d'un quelconque suivi thérapeutique, le médecin ayant uniquement accepté de renouveler une dernière fois l'arrêt de travail en février 2024 avant de lui confirmer par écrit qu'il ne voulait plus être sollicité par la recourante.

b) Dans un premier moyen, la recourante a contesté la valeur probante de l'évaluation interdisciplinaire de la Z._____.

A cet égard, il y a lieu de se rallier à l'arrêt rendu par la Cour de céans le 15 mars 2022 précité, entré en force après le rejet du recours de l'intéressée par le Tribunal fédéral. Il a en effet été relevé notamment que l'évaluation interdisciplinaire de la Z._____ disposait d'une pleine valeur probante tant sur le plan somatique que du point de vue psychique, dès lors qu'elle remplissait l'ensemble des réquisits posés par la jurisprudence en matière d'expertise. En effet, comme retenu dans l'arrêt

précité, les deux volets somatiques de l'évaluation interdisciplinaire reposaient sur une anamnèse complète de la recourante, des examens cliniques poussés de médecine interne et de neurologie, et les conclusions s'appuient sur l'ensemble du dossier. De même, le volet psychiatrique a été établi par un médecin spécialisé en psychiatrie et psychothérapie, sur la base d'un entretien avec la recourante. Son rapport, annexé à l'analyse pluridisciplinaire, comprend une anamnèse complète de l'intéressée, incluant les plaintes de celle-ci. Les conclusions, qui aboutissent en l'occurrence à l'absence de diagnostic sur le plan psychique, sont étayées.

La recourante n'a opposé aucun nouvel élément susceptible d'amoinrir la valeur probante de cette évaluation. Comme déjà relevé, les rapports versés au dossier ultérieurement à cet examen concernent uniquement l'état de santé somatique et vont dans le même sens que les spécialistes de la Z._____, à savoir la nécessité d'une prise en charge de la douleur à défaut d'atteinte neurologique ou ostéoarticulaire susceptible d'expliquer les plaintes de l'intéressée. Le fait que le Dr B._____ ait, en mars 2021, qualifié le diagnostic de SDRC comme « probable » plutôt que « possible » n'y change rien. Ce médecin a du reste exposé que le SDRC devait être qualifié de probable en l'absence de diagnostic différentiel satisfaisant, en présence des signes cliniques objectifs, étant encore relevé qu'il a mentionné dans l'anamnèse de son rapport une notion de traumatisme au niveau du membre supérieur droit qui, comme déjà dit, n'avait jamais été rapportée précédemment par la recourante et ne figurait pas dans le rapport établi par ce spécialiste en avril 2020.

Quant au volet de psychiatrie, la recourante n'y a fait aucune allusion dans ses écritures et il n'apparaît pas qu'un suivi psychothérapeutique ait été entamé.

Ainsi, les griefs de la recourante à l'égard de l'évaluation interdisciplinaire de la Z._____ du 27 mai 2020 doivent être écartés.

c) Dans un deuxième moyen, la recourante a fait valoir que les rapports médicaux obtenus en [...] n'avaient pas été dûment pris en compte.

Ce grief a déjà été soulevé par la recourante dans son recours en matière d'assurance-accidents. La Cour de céans a constaté dans son arrêt du 15 mars 2022 précité que la fiche de consultation établie le 23 septembre 2020 par la Dre E. _____ était dépourvue de toute valeur probante, dès lors que l'on ne pouvait distinguer ce qui relevait des plaintes subjectives de la recourante, des constatations objectives de la médecin ou du diagnostic. Rédigée de manière similaire, la fiche de consultation du même médecin datée du 4 août 2020 versée au dossier de l'intimé ne saurait de même se voir attribuer une valeur probante.

Quant aux nombreuses imageries médicales effectuées en [...], celles-ci ont été soumises par la recourante aux médecins qu'elle a consultés en novembre 2020, à son retour en Suisse, sans que cela n'amène à de nouveaux diagnostics, comme déjà exposé. Les rapports d'imagerie ont été versés au dossier de la J. _____ et évalués par son médecin-conseil, puis au dossier de l'intimé et examinés par le SMR. Par conséquent, les critiques de la recourante sur ce point doivent être écartées, étant rappelé que l'observation sur des imageries médicales d'anomalies sur la colonne vertébrale ne suffit pas encore à admettre l'existence d'une atteinte invalidante. En l'occurrence, les nombreux spécialistes consultés par la recourante n'ont pas établi de liens entre l'état de sa colonne vertébrale visible sur les imageries et ses plaintes.

d) La recourante a encore critiqué les rapports du Prof. X. _____ et du Dr C. _____, à qui elle reproche en substance d'être « orientés » en faveur de l'assurance-accidents.

Le Prof. X. _____ a établi un rapport de consultation le 5 novembre 2020, qu'il a légèrement modifié quelques jours plus tard à la demande de la recourante. La recourante n'a proposé aucun argument d'ordre médical à l'encontre de ce rapport. Il en va de même pour ceux du

Dr C._____, alors que, paradoxalement, la recourante s'est appuyée sur les conclusions de ce médecin pour alléguer une incapacité de travail de 100 % dans toute activité. Comme l'a exprimé le Dr B._____ dans son rapport du 9 avril 2021, il faut constater que la recourante est restée persuadée que l'accident de la route de novembre 2019 a causé des lésions organiques graves. Elle a en conséquence cherché par tous les moyens à démontrer l'existence de lésions vertébrales durant l'année 2020, au point de se rendre en [...] pour y subir davantage d'exams médicaux. Les rapports d'imageries obtenues dans ce pays n'ayant pas convaincu les médecins suisses de confirmer l'existence d'une lésion accidentelle, il apparaît que la recourante a tenté de dicter les termes de leurs rapports, sans succès. Il n'en demeure pas moins que les conclusions du Prof. X._____ rejoignent celles des spécialistes consultés par la recourante avant son séjour en [...], et qu'il n'est pas contredit par le Dr S._____, consulté quelques jours après. Ce dernier spécialiste a également disposé du dossier constitué en [...] et a refusé de modifier son rapport dans le sens demandé par la recourante, hormis quelques inexactitudes dans l'anamnèse. Les griefs émis par la recourante à l'encontre de ces médecins doivent ainsi être écartés.

e) S'agissant de la capacité de travail de la recourante, il convient de rappeler que les Drs C._____ et R._____ sont les seuls médecins à avoir posé une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis janvier 2020. Dans le formulaire médical détaillé EU/AELE rempli le 7 juillet 2020, le Dr C._____ a fait état de déficiences dans la plupart des domaines, mais a conclu à des déficits fonctionnels uniquement pour l'utilisation du membre supérieur droit. Puis, dans le questionnaire de l'intimé rempli le 29 janvier 2021, ce médecin a fait état des plaintes de sa patiente sans décrire de status et n'a pas donné de précisions quant aux limitations fonctionnelles, indiquant uniquement que celles-ci concernaient presque toutes les articulations de l'hémicorps droit, en ajoutant des guillemets et un point d'exclamation. Son rapport du 5 décembre 2023 est encore plus succinct, avec un simple renvoi à des pièces médicales déjà connues, datant de 2020. Compte tenu des nombreux médecins consultés par la recourante entre 2020 et 2021, des

rectifications que celle-ci a demandées à certains d'entre eux et de la lettre que le Dr C. _____ a finalement adressée à la recourante peu après son dernier rapport, on doit inférer que la relation patient-thérapeute a été d'emblée compliquée, voire conflictuelle. Cette situation amoindrit la valeur probante que l'on peut attribuer aux conclusions de ce médecin, ce d'autant qu'ils ne trouvent pas échos dans les rapports des spécialistes consultés par la recourante. Quant au Dr R. _____, il a uniquement établi des certificats médicaux non motivés, la recourante n'ayant pas même informé l'intimé qu'elle l'avait consulté.

Cela étant, le rapport pluridisciplinaire de la Z. _____ incluait une évaluation en atelier professionnel. Il a été constaté à cette occasion que les symptômes rapportés par la recourante au niveau de sa main droite et de ses cervicales impactaient peu sa capacité à accomplir les tâches habituelles dans sa profession. Seul un rendement inférieur par rapport aux attentes d'un poste de serveuse a été observé, lequel devait être mis en lien avec un déconditionnement physique résultant d'une sous-utilisation de la main droite. Cette sous-utilisation était corrélée en partie au fait que l'assurée était gauchère et qu'elle n'accomplissait pas elle-même certaines tâches de sa vie quotidienne. Les médecins de la Z. _____ ont par ailleurs mentionné que le pronostic médico-théorique d'une reprise professionnelle était tributaire du possible SDRC, pour lequel existaient des facteurs d'évolution favorable, en particulier le caractère modéré des troubles, l'absence de certains symptômes de cette maladie ou d'atteinte psychique constituée. Ils ont en revanche déterminé des freins à la réinsertion professionnelle. Outre le rendement diminué observé aux ateliers, il s'agissait, d'une part, de la cotation élevée de la douleur par la recourante et de la gravité qu'elle attribuait à sa problématique cervicale et, d'autre part, d'éléments d'ordre psychosociaux (absence de formation reconnue, conflit avec un précédent employeur). En d'autres termes, il apparaît que la symptomatologie dont se plaignait la recourante n'induisait pas de limitations fonctionnelles empêchant la reprise de l'activité habituelle, mais uniquement une diminution de son rendement. Cette diminution du rendement était liée à une sous-utilisation de la main droite partiellement corrélée à des facteurs

non médicaux, tandis qu'une prise en charge médicale axée sur un possible SDRC pouvait amener une amélioration de la symptomatologie à moyen terme.

A cela s'ajoute que le status décrit par le Dr B._____ dans son rapport du 9 avril 2021 s'avère très rassurant. Au niveau de la main droite, le mouvement des doigts était décrit comme fluide, les symptômes étaient discrets, la diminution de la force de préhension était légère, de même que les hypoesthésies. Par ailleurs, la mobilité des coudes et des épaules était complète, la douleur à la palpation du nerf ulnaire était modérée. Ce médecin a par ailleurs précisé, dans l'anamnèse, que la recourante n'avait pas effectué d'ergothérapie et que la physiothérapie n'avait pas été prescrite de manière suivie, tandis qu'elle revenait de manière répétée sur les circonstances de l'accident de voiture et des examens dont les résultats n'auraient pas été communiqués.

Ainsi, il n'existe pas d'élément médical permettant d'admettre que la recourante a présenté une atteinte durablement incapacitante en lien notamment avec la symptomatologie cervicale et brachiale apparue dans les suites de son accident de novembre 2019.

f) Il faut ainsi constater, avec l'intimé, qu'en l'absence d'une invalidité au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA, la recourante ne peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité.

5. La recourante n'a pas formellement requis la mise en œuvre d'une expertise à titre de mesure d'instruction, mais a reproché à l'intimé de ne pas l'avoir fait avant de rendre sa décision.

Il a cependant été démontré ci-dessus que l'instruction menée par l'intimée était suffisante et qu'il n'était pas nécessaire d'ordonner une nouvelle expertise. Il en va de même au stade de la procédure de recours, le dossier étant complet et permettant à la Cour des assurances sociales de statuer en pleine connaissance de cause. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque 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 certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

6. a) Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision de l'intimé 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. 1^{bis} 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.

La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La partie recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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 ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 18 mars 2024 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 T. _____ et provisoirement supportés par l'Etat.

- IV. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

- V. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- T. _____,
- 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 :