

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 avril 2026

Composition : M. NEU, président
MM. Berthoud et Farron, assesseurs
Greffier : M. Genilloud

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à Q***, recourante, représentée par Me Yero Diagne, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 61 let. c LPGA ; art. 4 LAI

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le ***1961, travaillait depuis le 1^{er} septembre 2018 en qualité de secrétaire de direction (« management office ») au sein de la société C._____ Sàrl, dont elle est l'associée gérante avec son mari. Avant cela, elle a exercé en tant qu'indépendante depuis le mois d'août 2010.

Le 30 mars 2020, l'assurée a déposé 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 d'une « épaule cassée et dislocation, écrasement des nerfs et main droite dislocation majeure » à l'origine d'une incapacité totale de travail depuis le 24 octobre 2019,

Il ressort du dossier D._____ SA, assureur-accidents de C._____ Sàrl, qu'en date du 24 octobre 2019, alors qu'elle promenait un chien dans un parc, ce dernier a fait chuter l'assurée, laquelle est retombée sur son épaule gauche (cf. déclaration d'accident du 29 octobre 2019), lui causant une fracture-luxation du trochiter gauche, une fracture comminutive plurifragmentaire de l'humérus proximal gauche ainsi qu'une lésion grave du plexus brachial gauche, prédominant en C8-T1, avec une possible paralysie du nerf axillaire gauche (cf. rapports du 29 octobre 2019 du Prof. F._____, chirurgien orthopédique, du 7 novembre 2019 du Dr G._____, neurologue, du 23 décembre 2019 du Dr J._____, chirurgien orthopédique, du 13 janvier 2020 du Dr K._____, chirurgien orthopédique, et du 30 juillet 2020 de la Dre E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, à D._____ SA). Malgré une exploration et une neurolyse/décompression du plexus brachial gauche, réalisées le 20 novembre 2019 (cf. rapport opératoire du 20 novembre 2019 du Dr K._____ et rapport du 9 juillet 2020 du Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) et une amélioration relevée au niveau de la main gauche (cf. rapport du 25 juin 2020 du Dr K._____), une forte limitation de la mobilité de l'épaule gauche et une paralysie quasi

complète de la fonction motrice de la main gauche persistaient (cf. rapport non daté du Dr M._____, médecin traitant de l'assurée, reçu le 21 décembre 2020 par l'OAI).

Dans l'intervalle, une IRM de l'épaule gauche réalisée le 31 août 2020 a mis en évidence des séquelles d'une fracture du trochiter actuellement consolidée, qui était ascensionnée (7 mm), ainsi qu'une arthropathie dégénérative acromio-claviculaire débutante, une lame de liquide articulaire, un amincissement cartilagineux irrégulier et une irrégularité des berges osseuses adjacentes à cet interligne articulaire (cf. rapport du 1^{er} septembre 2020 du Dr N._____, spécialiste en médecine nucléaire et en radiologie).

Selon un rapport du 18 décembre 2020 de la Dre H._____, spécialiste en neurologie, l'électroneuromygraphie (ENMG) effectuée le même jour a mis en évidence des anomalies compatibles avec un axonotmésis très sévère de plusieurs branches du tronc inférieur du plexus brachial. L'atteinte du territoire motrice distal du nerf radial (extenseurs des doigts) était compatible avec une lésion partielle du tronc moyen du plexus brachial. Elle a également observé des signes de dénervation, principalement dans les myotomes C8 et D1, avec des signes de dénervation active, mais également de réinnervation (potentiels d'unité motrice naissants) dans les muscles examinés. Elle a précisé que, au vu de la sévérité des lésions axonales, il fallait s'attendre à une réinnervation terminale qui pouvait continuer au-delà de deux ans concernant les muscles les plus distaux (intrinsèques de la main).

Selon un rapport du 8 avril 2021 de la Dre H._____, l'ENMG effectuée le même jour a montré une amélioration des réponses sensibles et motrices des nerfs médian et ulnaire gauches par rapport à l'ENMG du 18 décembre 2020, témoignant une réinnervation partiellement efficace à ce jour, précisant que l'absence de signe de dénervation dans le deltoïde et sus-épineux gauches parlait contre une origine neurogène de la faiblesse de l'élévation du bras.

Compte tenu de la persistance des douleurs, nonobstant la mise en place de traitement conservateurs (antalgiques, physiothérapie et infiltrations) et de limitations de la mobilité au niveau de l'épaule gauche, l'assurée a subi une nouvelle intervention chirurgicale le 4 août 2021 sous la forme d'une arthrolyse arthroscopique de l'épaule gauche avec révision de décompression et bursectomie (cf. rapport du 20 août 2021 du Dr J._____).

Le 10 novembre 2021, l'assurée a subi un bloc du nerf suprascapulaire gauche et un bloc du nerf médian gauche au niveau C5/C6/C7/T1 (cf. rapport du 12 novembre 2021 du Dr P._____).

Selon des rapports du 22 avril 2023 du Dr M._____ et du 23 septembre 2022 du Dr I._____, spécialiste en neurochirurgie, l'assurée se plaignait toujours de douleurs à l'avant-bras irradiant dans la main gauche, accompagnées de paresthésies, d'une perte de force et de sensibilité, d'une impotence marquée de l'épaule gauche avec élévation limitée à 60 % et d'une symptomatologie dépressive.

L'OAI, se fondant sur un avis du 22 décembre 2022 du SMR (service médical régional de l'assurance-invalidité), qui estimait que l'assurée, au vu de la nature de l'atteinte et des limitations fonctionnelles en découlant et du fait que l'atteinte n'était pas localisée du côté dominant, aurait dû pouvoir reprendre son activité habituelle, le cas échéant avec une baisse de rendement, et constatait l'absence d'appréciation de la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée au dossier, a mis en œuvre une expertise mono-disciplinaire en neurologie, laquelle a été confiée au Dr U._____, spécialiste en neurologie.

Selon un rapport du 9 mars 2023 du Dr T._____, spécialiste en neurologie, l'ENMG effectuée le même jour a mis en évidence des signes de lésion du plexus brachial du côté gauche avec une atteinte multi-tronculaire du nerf médian, ulnaire et radial, avec une perte axonale de 30 % concernant le nerf médian et de l'ordre de 80 % concernant le nerf ulnaire

et radial gauches. Selon ce spécialiste, il s'agissait d'une lésion séquellaire du plexus brachial du côté gauche non évolutive et stable en l'absence de signes de dénervation aiguë à quatre ans et demi environ, associés à des douleurs neurogènes du membre supérieur gauche en cours de prise en charge. S'ajoutait à cela un syndrome du tunnel carpien du côté droit.

Selon un rapport du 27 juin 2023 de la Dre R._____, spécialiste en radiologie, l'IRM du plexus brachial effectuée la veille a mis en évidence notamment des remaniements dégénératifs étagés marqués du rachis cervical avec sténose canalaire C4-C5 et C5-C6, prédominant en C5-C6, associés à des sténoses foraminales bilatérales, prédominant à gauche et des remaniements dégénératifs articulaires postérieurs congestifs en C3-C4 bilatéralement, prédominant à gauche.

Dans son rapport d'expertise du 4 décembre 2023, le Dr U._____ a posé les diagnostics de lésion du plexus brachial multi-tronculaire gauche, touchant surtout la partie inférieure provenant du tronc moyen (G54.0) sur fracture-dislocation de l'épaule gauche avec fracture du trochiter le 24 octobre 2019, exploration du plexus brachial infra-claviculaire et neurolyse le 20 novembre 2019 et arthrolyse et révision arthroscopique de l'épaule gauche avec décompression le 20 août 2021, de spondylarthrose (M47.82), en cours d'investigation, et de syndrome du tunnel carpien (G56.0), asymptomatique. Il a estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle du 24 octobre 2019 au 23 septembre 2021, puis de 70 % (100 % avec une diminution de rendement de 30 % due aux douleurs et au manque de dextérité de la main gauche, non dominante) dès le 24 septembre 2021 dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles (une activité légère permettant le changement de position était exigible, sans exigence particulière concernant la dextérité et l'endurance bi-manuelle de la main gauche, qui n'a qu'une fonction accessoire ou de maintien, pas de port de charge de plus de 1 kg du côté lésé et de 5 kg du côté sain en raison des cervicalgies, sans soulèvement au-dessus de la tête, pas de porte-à-faux et pas d'exposition au froid et au chaud), précisant que l'activité habituelle de secrétaire de direction de l'assurée était adaptée à ces limitations.

Par avis du 14 décembre 2023, le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expertise du Dr U._____.

Dans l'intervalle, dans le cadre de son instruction, D._____ SA a mis en œuvre une expertise bi-disciplinaire avec volets de médecine physique et réadaptation et neurologique. Dite expertise a été confiée aux Drs S._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et A._____, spécialiste en neurologie, lesquels ont rendu leur rapport d'expertise le 4 décembre 2023. Les experts ont posé, sur le plan neurologique, les diagnostics de status après atteinte plexuelle brachiale gauche, à prédominance du tronc inférieur, dans un contexte de fracture luxation de l'épaule survenue à la suite d'une chute le 24 octobre 2019 et de troubles moteurs modérés sans explication neurologique au niveau de la main droite, et, sur le plan de la médecine physique et réadaptation, les diagnostics d'omalgies gauches d'origine possiblement neurologique, de déficit d'abduction et de flexion de l'épaule gauche dans un contexte algique et d'atteinte plexulaire évaluée dans le volet neurologique, de status après traumatisme de l'épaule gauche en octobre 2019, avec fracture du trochiter et luxation traitée conservativement ; IRM de l'épaule gauche de septembre 2020 : fracture consolidée, absence de lésion significative de la coiffe des rotateurs, de status après réparation de la coiffe des rotateurs à l'épaule gauche en 2015, de status après décompression sous acromiale de l'épaule gauche en août 2021, de cervicalgies sur cervicarthrose, de status après prothèse totale de la hanche gauche ainsi que de gonalgies antérieures modérées, mécaniques, vraisemblablement dans le cadre de gonarthrose. Les experts ont estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité jusqu'à la date de l'expertise, tandis qu'elle était totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas d'activité nécessitant essentiellement l'utilisation de force et répétitive du membre supérieur gauche chez une droitnière, pas d'activité en élévation prolongée du bras gauche, pas d'activité nécessitant la frappe sur ordinateur ; les activités de contact, de formation, de gestion immédiate du secteur hôtelier, d'organisation orale de réunion étaient possibles).

Dans un avis du 29 février 2024, le SMR a confirmé son précédent avis du 14 décembre 2023.

Par projet de décision du 21 mars 2024, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2020 au 31 décembre 2021. Au-delà de cette date, l'assurée présentait une capacité de travail de 70 % (100 % avec une diminution de rendement de 30 %), ce qui était insuffisant pour justifier la poursuite du versement de la rente d'invalidité.

Le 12 avril 2024, l'assurée a fait part de ses objections à l'encontre du projet de décision précité. Elle a produit un rapport du 21 mars 2024 du Dr K. _____, ainsi que sa traduction française, lequel indiquait, en substance, qu'en raison des douleurs persistantes, surtout au niveau du nerf radial mais également dans le nerf cutané latéral du bras, et de la perte axonale, sa patiente, malgré la récupération motrice, aurait du mal à garder un emploi.

Le 30 mai 2024, l'assurée a produit un rapport de son médecin traitant, lequel requérait de l'OAI une réévaluation de l'incapacité de travail de sa patiente à 60 % afin de tenir compte des atteintes multiples que l'accident et les opérations avaient engendrées, des conséquences psychologiques secondaires aux douleurs intenses prolongées d'origine névralgique et de l'impotence fonctionnelle définitive du membre supérieur gauche à l'origine d'un trouble dépressif réactionnel, lesquelles ne permettaient pas une reprise professionnelle.

Dans un avis du 16 juillet 2024, le SMR a maintenu ses précédentes conclusions, estimant que les rapports produits par l'assurée à l'appui de ses objections relataient uniquement des informations et n'apportaient aucun élément médical nouveau qui aurait été ignoré lors de l'expertise du Dr U. _____.

Par décision du 5 août 2024, l'OAI a confirmé en tout point son projet de décision.

B. Par acte du 13 septembre 2024, B._____, sous la plume de son mandataire, Me Yero Diagne, a déféré la décision du 5 août 2024 de l'OAI à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, principalement, à sa réforme, en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2020 non limitée dans le temps, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants. En substance, elle contestait l'appréciation du Dr U._____, lequel, se fondant sur le rapport du 24 septembre 2021 du Dr L._____, estimait qu'elle avait recouvré une capacité de travail dès le mois de septembre 2021. Aucune amélioration sensible objectivée de son état de santé, respectivement de disparition des limitations fonctionnelles, propre à modifier son droit à la rente, n'était survenue à partir du mois de septembre 2021, ce qui était confirmé par de nombreux rapports médicaux au dossier. D'ailleurs tant l'OAI que l'assureur-accidents avaient reconnu l'existence d'une incapacité de travail à tout le moins jusqu'au 31 décembre 2022. Dans un autre grief, rappelant qu'elle avait plus de 62 ans au moment de l'expertise neurologique du Dr U._____, elle appartenait à la catégorie d'assurés dont il convenait de présumer qu'ils ne pouvaient, en raison de leur âge, en principe pas entreprendre de leur propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'eux pour tirer profit d'une prétendue capacité de travail établie sur le plan médico-théorique, si bien que la rente d'invalidité ne pouvait pas être supprimée à compter du 31 décembre 2021.

Dans sa réponse du 13 novembre 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a confirmé la valeur probante de l'expertise du Dr U._____. Si l'assurée était certes âgée de 63 ans au moment de la reddition de la décision litigieuse, elle avait récupéré une exigibilité entière dans son activité habituelle, si bien qu'elle était en mesure de reprendre cette activité sans aide de l'assurance-invalidité (réadaptation par soi-même).

Par réplique du 27 février 2025, l'assurée a confirmé ses moyens et conclusions, ajoutant que c'était à tort que l'OAI considérait

qu'elle avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle. Elle a produit un rapport du 24 février 2025 du Dr M._____.

Par duplique du 2 avril 2025, l'OAI, se référant à un avis du 27 mars 2025 du SMR, qui estimait que le rapport du 24 février 2025 du Dr M._____ ne faisait pas état d'élément objectif nouveau qui aurait été ignoré lors de l'expertise du Dr U._____, a derechef conclu au rejet du recours.

Dans ses déterminations du 5 mai 2025, l'assurée a confirmé ses précédentes écritures.

En droit :

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. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 décembre 2021, étant rappelé que l'intimé l'a mise au bénéfice d'une telle rente du 1^{er} octobre 2020 au 31 décembre 2021.

3. a) 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 1er 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.

b) En l'espèce, l'assurée a déposé une demande de prestations le 30 mars 2020 pour une incapacité de travail qui avait débuté le 24 octobre 2019 et elle s'est vue octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2020 au 31 décembre 2021 (art. 29 al. 1 et 3 LAI). Le droit dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 est donc applicable au présent litige, sous réserve, le cas échéant, de la let. b, ch. 1, des dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI).

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

l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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).

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

5. 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). 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 ne 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 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

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

b) 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).

7. a) En l'espèce, se fondant sur le rapport d'expertise du 4 décembre 2023 du Dr U._____, l'intimé a octroyé à la recourante une rente du 1^{er} octobre 2020 au 31 décembre 2021. De son côté, la recourante estime au contraire qu'aucune amélioration sensible objectivée de son état de santé, respectivement disparition de ses limitations fonctionnelles, propre à modifier son droit à la rente, n'était survenue à partir du mois de septembre 2021, et que les conclusions de l'expertise précitée du Dr U._____ étaient contredites par de nombreux rapports médicaux au dossier, en particulier par le rapport d'expertise du 4 décembre 2023 des Drs A._____ et S._____.

b) Dans son rapport d'expertise du 4 décembre 2023, le Dr U._____ a posé les diagnostics de lésion du plexus brachial multi-tronculaire gauche, touchant surtout la partie inférieure provenant du tronc moyen sur fracture-dislocation de l'épaule gauche avec fracture du trochiter le 24 octobre 2019, exploration du plexus brachial infra-claviculaire et neurolyse le 20 novembre 2019 et arthrolyse et révision arthroscopique de l'épaule gauche avec décompression le 20 août 2021, de spondylarthrose, en cours d'investigation, et de syndrome du tunnel carpien droit, asymptomatique. Il a relevé qu'en raison de ces atteintes, la recourante présentait des douleurs neuropathiques du membre supérieur gauche, une légère amyotrophie au niveau du bras et de l'avant-bras gauche ainsi qu'un déficit moteur intéressant les mouvements du pouce et la flexion des doigts et du carpe. L'examen clinique a été effectué le 30 juin 2023. Au testing musculaire, aucune faiblesse de l'abduction du bras n'a été observée. Le biceps était à M5, le triceps à M5, le brachio-brachial à M5 et la pronation/supination à M5. L'extension du carpe était à M5. Au niveau de la

main gauche, le Dr U._____ a relevé une amyotrophie à prédominance hypo-thénarienne et du 1^{er} interosseux dorsal. L'abduction et l'extension du pouce étaient à M4, le fléchisseur long du pouce à M3-M4, la flexion ulnaire du carpe à M4-, la flexion radiale du carpe à M4-, et la flexion des doigts (fléchisseur profond et superficiel des doigts) à M4. Une hypoesthésie tactile au niveau de l'avant-bras et de la main gauche sur le versant ulnaire était également constatée. Le Dr U._____ a en revanche exclu l'existence d'un syndrome douloureux régional complexe, les critères diagnostics n'étant pas réalisés. Le Dr U._____ a en outre indiqué que le traitement par antalgiques de palier 1 ne correspondait pas à l'intensité douloureuse rapportée et que le faible niveau d'activité ne s'expliquait pas entièrement par les limitations d'ordre neurologique. Par ailleurs, l'intéressée était autonome pour les gestes de la vie quotidienne et disposait de ressources personnelle, familiale et sociale considérables. Il en a déduit que la capacité de travail de la recourante était nulle du 24 octobre 2019 au 23 septembre 2021, cette dernière date correspondant au rapport du Dr L._____, puis de 70 % (100 % avec une diminution de rendement de 30 % due aux douleurs et au manque de dextérité de la main gauche, non dominante) dès le 24 septembre 2021 dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles (une activité légère permettant le changement de position était exigible, sans exigence particulière concernant la dextérité et l'endurance bi-manuelle de la main gauche, qui n'a qu'une fonction accessoire ou de maintien, pas de port de charge de plus de 1 kg du côté lésé et de 5 kg du côté sain en raison des cervicalgies, sans soulèvement au-dessus de la tête, pas de porte-à-faux et pas d'exposition au froid et au chaud), précisant que l'activité habituelle de secrétaire de direction de la recourante était adaptée à ces limitations.

c) Dans leur rapport d'expertise du 4 décembre 2023, réalisée à la demande de l'assureur-accidents de la recourante, les Drs A._____ et S._____ ont posé, sur le plan neurologique, les diagnostics de status après atteinte plexuelle brachiale gauche, à prédominance du tronc inférieur, dans un contexte de fracture luxation de l'épaule survenue à la suite d'une chute le 24 octobre 2019 et de troubles moteurs modérés sans explication neurologique au niveau de la main droite, et, sur le plan de la médecine

physique et réadaptation, les diagnostics d'omalgies gauches d'origine possiblement neurologique, de déficit d'abduction et de flexion de l'épaule gauche dans un contexte algique et d'atteinte plexulaire évaluée dans le volet neurologique, de status après traumatisme de l'épaule gauche en octobre 2019, avec fracture du trochiter et luxation traitée conservativement ; IRM de l'épaule gauche de septembre 2020 : fracture consolidée, absence de lésion significative de la coiffe des rotateurs, de status après réparation de la coiffe des rotateurs à l'épaule gauche en 2015, de status après décompression sous acromiale de l'épaule gauche en août 2021, de cervicalgies sur cervicarthrose, de status après prothèse totale de la hanche gauche ainsi que de gonalgies antérieures modérées, mécaniques, vraisemblablement dans le cadre de gonarthrose. Lors de l'examen clinique réalisé le 26 septembre 2023, l'expert neurologue a en particulier observé une limitation douloureuse de la mobilité de l'épaule gauche et de la nuque ainsi qu'un flexum partiel des doigts gauches. Au testing de la force musculaire, l'expert ne notait aucun déficit moteur significatif au niveau du membre supérieur droit, y compris au niveau de la main, avec une force à M5 sur tous les groupes musculaires ; au niveau du membre supérieur gauche, l'abduction et l'élévation du bras paraissaient préservées (petit lâchage antalgique) ; la flexion de l'avant-bras sur le bras est à M5 ; l'extension de l'avant-bras sur le bras était également à M5 ; l'extension du poignet lui-même était à M4/5 alors que l'extension des doigts (phalanges proximales) était à M4 ; la flexion du pouce était à M1 ; l'extension des doigts (phalanges distales) était à M1 ; la flexion des doigts était à M3/4 ; les mouvements d'adduction/abduction des doigts étaient à M3/M4. A l'examen de la sensibilité, aucun trouble sensitif superficiel et profond n'était objectivé au niveau du membre supérieur droit ; au niveau du membre supérieur gauche, il observait une zone d'hypodysésthésie intéressant l'ensemble de l'avant-bras et de la main. La sensibilité posturale était préservée ; la pallesthésie était donnée à 4-5/8. L'expert en médecine physique et réadaptation a, quant à lui, notamment indiqué que les mouvements rapides des doigts semblaient ralentis à droite et pratiquement impossibles à gauche. La mobilité active de l'épaule gauche était limitée avec une flexion à 90° à peine à l'horizontale et une abduction très limitée à 45°, une rotation externe limitée à gauche à 30° contre 50° à

droite. L'enroulement des doigts était complet à droite avec une opposition complète du pouce ; à gauche, la mobilité des doigts était limitée en actif à quelques degrés de flexion/extension, en passif, l'enroulement était complet, l'opposition du pouce était complète à gauche en actif. Les experts ont estimé que la capacité de travail de la recourante était nulle dans toute activité jusqu'à la date de l'expertise, tandis qu'elle était totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas d'activité nécessitant essentiellement l'utilisation de force et répétitive du membre supérieur gauche chez une droitnière, pas d'activité en élévation prolongée du bras gauche pas d'activité nécessitant la frappe sur ordinateur ; les activités de contact, de formation, de gestion immédiate du secteur hôtelier, d'organisation orale de réunion étaient possibles). Ils ont ajouté que le traitement uniquement par Dafalgan pouvait être poursuivi, qu'il n'y avait pas d'indication à d'autres mesures thérapeutiques et qu'une reconversion professionnelle nécessitant un réapprentissage important paraissant inenvisageable compte tenu de l'âge de l'intéressée.

d) En l'occurrence, au vu des éléments précités, force est de constater que, si les examens cliniques de la main gauche sont globalement superposables, l'évaluation de la capacité de travail et les limitations fonctionnelles qui en découlent diffèrent sensiblement, ce qui ne permet pas à la Cour de céans d'évaluer de manière satisfaisante la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée, ni, le cas échéant, à quel moment une telle capacité aurait durablement été recouvrée. Dans la mesure où l'on ne voit pas, à la lecture des différentes expertises, de motifs reconnaissables pour le juge qui justifieraient d'écarter d'emblée un avis au profit d'un autre, une nouvelle expertise serait ainsi nécessaire pour déterminer la capacité de travail ainsi que les limitations fonctionnelles de la recourante.

8. a) Il apparaît cependant, au vu des circonstances du cas d'espèce, qu'il peut être renoncé au renvoi du dossier à l'OAI en vue de la mise en place d'une telle expertise, respectivement de mettre en œuvre une expertise judiciaire. La question litigieuse consiste en effet à déterminer s'il existe un motif de révision de la rente entière d'invalidité octroyée à la

recourante depuis le 1^{er} octobre 2020. Or, même si l'expertise à mettre en place arrivait à la conclusion que la recourante avait retrouvé une capacité de travail - dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée - propre à influencer son degré d'invalidité, il faut constater, comme cela va être démontré ci-dessous, que l'exercice d'une activité professionnelle n'apparaît pas exigible compte tenu de la situation de la recourante.

b) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGa), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C_627/2023 du 3 juillet 2024 consid. 7.2 ; TF 8C_407/2018 du 3 juin 2019 consid. 5.2). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGa, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 8C_661/2023 du 21 mai 2024 consid. 5 et les références citées).

Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques,

de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1 et TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2).

c) Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée, correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 146 V 16 consid. 7.1 ; 145 V 2 consid. 5.3.1 ; 138 V 457 consid. 3 et les références citées). Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (TF 8C_173/2023 du 23 novembre 2023 consid. 3.3 et les références citées).

d) En l'espèce, si une nouvelle expertise (judiciaire) devait être mise en œuvre, ses résultats n'auraient quoi qu'il en soit pas pu être disponibles avant que la recourante n'ait atteint l'âge de référence de 64 ans et trois mois le ***2025 (art. 21 al. 2 LAVS [Loi fédérale sur l'assurance-veillesse et survivants ; RS 831.10] en relation avec les dispositions transitoires de la modification du 17 décembre 2021 [AVS 21] de la LAVS), excluant *de facto* l'exigibilité de la reprise d'une activité professionnelle.

9. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours est admis. La décision rendue le 5 août 2024 par l'intimé est réformée en ce sens que la recourante a droit au maintien de sa rente entière d'invalidité au-delà du 31 décembre 2021 jusqu'au ***2025, (date à partir de laquelle elle a pu prétendre à une rente de vieillesse de l'AVS ; art. 30 let. b LAI en relation avec l'art. 21 al. 1 al. 2 LAVS et les dispositions transitoires de la modification du 17 décembre 2021 [AVS 21] de la LAVS).

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 intimée, 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
prononce :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 5 août 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que B._____ a droit à une rente entière du 1^{er} janvier 2022 au 31 mai 2025.
- 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 B._____ un montant de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Yero Diagne, (pour B. _____),
- 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).

Le greffier :