

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 juin 2023

Composition : M. NEU, président
M. Berthoud et Mme Manasseh-Zumbrunnen, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

I. _____, à [...], recourante, représentée par Me Guy Longchamp, avocat
à Assens,

et

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

**Art. 6 s., 17 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4, 28, 29 et 59 al. 2bis LAI ;
88a al. 1 RAI**

E n f a i t :

A. I. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé jusqu'en avril 2014 comme employée de bureau, secrétaire, au taux de 90 %, au service d'une étude d'avocats. Elle a été mise en arrêt de travail depuis le 11 avril 2017 en raison d'un tunnel carpien des poignets bilatéral, opéré à plusieurs reprises.

Le 2 mars 2018, l'assurée a déposé une demande de prestations AI pour adultes (mesures professionnelles et/ou rente), en raison de « douleurs persistantes depuis les opérations Tunnel carpien (G et D) ».

Dans un avis médical du 24 avril 2020, le Dr B. _____, du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) a fait la synthèse du cas comme suit :

“Assurée de 42 ans, employée de bureau de formation, ayant occupé en dernier lieu l'activité de secrétaire, qui dépose une demande suite à une IT [incapacité de travail] totale depuis août 2017 en raison d'atteinte ostéo-articulaire des membres supérieurs. Connue pour un asthme traité et une endométriose, elle a bénéficié depuis avril 2017 de 4 interventions chirurgicales (dernière en août 2018). L'assuré[e] a été suivie par de nombreux spécialistes. Le Dr [...] (23.01.20) n'a plus revu l'assuré[e] depuis juin 2019. Il nous adresse des rapports de consultation faisant état de symptômes au niveau des membres supérieurs, sans causes objectives et sans indication chirurgicale. Elle a également été examinée par le Dr [...] en mai 2019 : signe irritatif marqué cliniquement aux membres supérieurs sans déficit moteur, sans amyotrophie ni trouble sensitif, avec ENMG [électro-neuro-myogramme] normal. Le Dr [...] (médecin traitant, 28.02.20) décrit brièvement les douleurs et mentionne que l'IT est totale et qu'il serait utile d'évaluer sa capacité de travail dans un milieu protégé. L'assurée n'annonce pas d'autre suivi spécialisé, notamment en psychiatrie.

Conclusion : L'IT attestée durant les périodes péri-opératoires est justifiée. Depuis fin 2018, il n'existe objectivement plus l'atteinte permettant d'expliquer la symptomatologie et l'ampleur de l'IT attestée par la médecin traitant. Il n'y a aucun déficit neurologique aux membres supérieurs, la trophicité musculaire est normale, au même titre que l'ENMG. Nous n'avons dès lors pas de raison de retenir des limitations fonctionnelles durables ou une diminution de la CT [capacité de travail].

Début de l'IT : Avril 2017

Evolution de l'IT : 100% d'avril 2017 à octobre 2018
CT dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée : 100%
Limitations fonctionnelles : Pas de limitations objectives
Début de l'aptitude à la réadaptation : Octobre 2018
Exigibilité d'un traitement : Non
Cet avis fait office de rapport SMR."

Par projet d'acceptation de rente du 14 septembre 2020, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a fait savoir à l'assurée qu'il allait lui reconnaître le droit à une rente entière du 1^{er} septembre au 31 décembre 2018, en raison d'un taux d'invalidité de 100 %.

Dans le cadre des objections formulées le 11 décembre 2020 à l'encontre de ce préavis, le conseil de l'assurée, Me Favre, a transmis un rapport du 22 novembre 2020 de la Dre A._____, spécialiste en médecine interne générale, dont on extrait les réponses suivantes au questionnaire qui lui avait été adressé :

"1) Depuis quand suivez-vous Madame I._____ et pour quel(s) trouble(s) ?

1. J'ai repris le suivi médical de Mme I._____ depuis fin 2018 avec une première rencontre le 20.11.2018. Mon prédécesseur le Dr [...] suivait Mme depuis le 16.03.2018.
Mme I._____ présente des omalgies et douleurs chroniques de[s] membres supérieurs dont des investigations sont encore en cours.

2) Ces troubles ont-ils actuellement des répercussions sur sa capacité de travail ?

2. Oui

3) Existe-t-il une capacité de travail résiduel[le] dans le cadre d'une activité adaptée ? Si oui, laquelle, et à quel taux ?

3. Il me semble à l'heure actuelle difficile d'envisager une activité professionnelle même adaptée en limitant l'utilisation des membres supérieurs en raison de douleurs chroniques difficilement soulagées qui entraînent des consultations répétées aux urgences. Le fait qu'à l'heure actuelle aucune cause à ces douleurs ne soit retenue entraîne un sentiment de frustration et une impression de ne pas être prise au sérieux.

4) La poursuite d'un traitement médical est-elle encore nécessaire ?

4. Oui. Pour rappel, Mme a bénéficié d'une cure de tunnel carpien à D le 11.4.201[7] et à G le 22.8.201[7] avec reprise chirurgicale en 2018. Depuis les plaintes persistent. Mme I._____ a bénéficié d'un

bilan anamnestiquement sans particularité en 2019 dont je n'ai malheureusement pas de rapport.

J'ai demand[é] au Dr M. _____, neurologue de refaire un point de la situation dernièrement. Il ne trouve pas d'anomalie à l'examen clinique et n'a pas de piste pour expliquer cette problématique. Je me permets de vous joindre son rapport en copie. Un nouveau rendez-vous en chir[urgie] de la main est également agendé.

5) Quels examens et analyses préconiserez-vous dans le cadre de la santé de Madame I. _____ ?

5. Selon l'avis du chirurgien, je pourrais encore proposer à Mme I. _____ d'être vu[e] par des spécialistes de la douleur au centre d'antalgie de Lausanne. Je me questionne également sur l'utilité de mettre en place un suivi psychologique ce que Mme n'a pas souhaité pour le moment. [...]

6) L'occupation d'un emploi à 100% peut-elle actuellement être exigée de la part de Madame I. _____ ?

6. Non.

7) Avez-vous d'autres remarques à formuler ?

7. Non."

En annexe à son rapport, la Dre A. _____ a joint celui établi le 28 octobre 2020 par le Dr M. _____, spécialiste en neurologie, livrant l'appréciation suivante :

"Cette patiente a donc développé tout d'abord en 2017 une symptomatologie de tunnel carpien qui toutefois n'a pas été confirmée sur le plan ENMG et qui n'a pas été améliorée après l'intervention alors qu'il semble que le status opératoire aurait mis en évidence une compression du nerf médian des 2 côtés.

La patiente a été réopérée pour le syndrome du tunnel carpien cette fois-ci à gauche une année plus tard avec également un repositionnement du nerf cubital au niveau du coude suite à un ENMG qui aurait montré uniquement une discrète compression du nerf cubital au niveau du coude, tout ceci également sans amélioration.

Finalement, l'évolution est très insatisfaisante avec persistance de paresthésies dans les 2 membres supérieurs, tantôt dans le territoire du nerf médian, tantôt dans le territoire du nerf cubital et ceci aussi bien diurne que nocturne, occasionnant des phénomènes de lâchages et de faiblesse ainsi que des douleurs mais plutôt localisées sur le bord cubital de l'avant-bras gauche.

L'examen neurologique se révèle sans particularité, sans déficit moteur ni asymétrie des réflexes, notamment aux membres supérieurs, si ce n'est quelques lâchages antalgiques et des troubles

sensitifs purement subjectifs au niveau de la pulpe du pouce gauche ainsi que du pouce et de l'index droits.

Le bilan ENMG est à nouveau strictement normal, sans évidence pour une neuropathie tronculaire aussi bien au niveau du nerf médian que du nerf cubital, et sans évidence non plus pour une atteinte plus proximale de type plexuelle basse (TOS).

Je reste d'ailleurs un peu perplexe devant cette situation plutôt inhabituelle. Il semble d'ailleurs que la patiente a consulté le Dr [...], chirurgien de la main à Lausanne, qui n'a pas trouvé d'explication au tableau clinique et qui l'a adressée au Prof. [...] au CHUV qui, lui également, n'aurait pas amené d'explication ni de proposition thérapeutique. Toutefois ces renseignements sont essentiellement anamnestiques et je n'ai aucun rapport ni des neurologues, ni du Dr [...] ou le Dr [...]. J'ai quelques documents des chirurgiens qui ont opéré la patiente mais pas de co[mpt]e-rendu du protocole opératoire.

Par ailleurs à l'examen clinique, je n'ai pas d'arguments pour une atteinte centrale et il semble qu'une IRM cervicale n'ait rien révélé de particulier."

Le 15 janvier 2021, le conseil de l'assurée a transmis à l'OAI la copie d'un courriel du 22 décembre 2020 adressé par la psychologue spécialiste en psychothérapie FSP D._____ et dont il ressort que cette intervenante était dans l'impossibilité de se prononcer sur les répercussions des difficultés d'ordre psychique sur la capacité de travail de l'assurée.

Le 23 août 2021, l'OAI a reçu un rapport du 16 août 2021, aux termes duquel la médecin traitant a décrit la présence de douleurs abdominales chroniques depuis 2003, avec des douleurs investiguées empêchant l'assurée de « fonctionner à 100 % ». De multiples épisodes d'otalgies signalés en 2020 étaient sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. En avril 2021, cette dernière avait été infectée par le SARS-CoV2 et souffrait depuis d'un Covid long avec asthénie, dyspnée au moindre effort (CT pulmonaire sans particularité en juin 2021) et d'un état dépressif réactionnel. Un syndrome douloureux chronique a été évoqué. Un suivi psychiatrique proposé ne semblait pas apporter de bénéfice et différents traitements à but antalgique avaient été entrepris sans nette amélioration des douleurs. En annexe, la Dre A._____ a joint trois rapports de prise en charge en chirurgie viscérale. Dans un rapport du 17 décembre 2020 adressé à la médecin traitant, le Dr W._____, spécialiste

en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, a, au terme de sa consultation du 9 décembre 2020, confirmé l'absence d'anomalie clinique (absence de signe de compression tant du nerf médian que du nerf cubital au coude et ce de façon bilatérale), n'ayant aucune proposition opératoire à formuler ; malgré l'examen effectué par le Dr M._____, le Dr W._____ suggérait d'adresser l'assurée au service de neurologie du CHUV à la recherche d'une pathologie plus rare que la compression qui avait motivé les opérations réalisées, mais n'avaient pas apporté d'amélioration.

Un nouvel examen électrophysiologique du 31 mai 2021 a montré une conduction nerveuse des membres supérieurs dans la norme, des nerfs sensitifs de grandes tailles, avec une hyperexcitabilité nerveuse physiologique évoquée, et l'absence d'argument clinique en faveur d'une atteinte des petites fibres ou d'une atteinte centrale (rapport d'examen électrophysiologique du 31 mai 2021 de la Dre A._____, spécialiste en neurologie).

Par décision du 27 août 2021, l'OAI a entériné le projet d'acceptation d'une rente entière du 1^{er} septembre au 31 décembre 2018, la motivant comme suit :

"Selon les renseignements en notre possession, vous travaillez en qualité de secrétaire. Depuis avril 2017, votre capacité de gain est considérablement réduite.

A l'examen de votre dossier, notamment des pièces médicales, nous constatons qu'à l'échéance du délai de carence, soit en avril 2018, vous présentez une incapacité de travail et de gain entière dans toutes activités, ce qui vous donne droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 100%.

Puis, dès le 1 octobre 2018, vous présentez une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% dans toutes activités.

[...]

Le droit potentiel à la rente naît en avril 2018. Cependant, la demande de prestations a été déposée le 2 mars 2018 seulement. Dès lors, la demande est tardive et la rente ne peut être allouée qu'à partir du 1^{er} septembre 2018.

Au vu de ce qui précède, vous avez droit à une rente entière (taux 100%) du 1^{er} septembre 2018 au 31 décembre 2018 (soit trois mois après l'amélioration, ceci conformément à l'art. 88a al. 2 [recte : 1] RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).”

B. Par acte du 29 septembre 2021, I._____, représentée par Me Guy Longchamp, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme, en ce sens qu'une « rente ordinaire d'invalidité à 100 % » lui est reconnue au-delà du 31 décembre 2018. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, elle a fait valoir, sur la base du rapport du 16 août 2021 de la Dre A._____, que son état de santé s'était aggravé depuis le 24 mars 2020, estimant avoir droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 décembre 2018. A tout le moins, elle estimait que l'OAI aurait dû mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire avant de statuer. La recourante se réservait la possibilité de produire un rapport médical détaillé et, le cas échéant, de solliciter la mise en œuvre d'une expertise. Indiquant qu'elle était bénéficiaire du Revenu d'insertion (RI), elle a requis l'octroi de l'assistance judiciaire.

Par décision du 28 octobre 2021, I._____ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 29 septembre 2021, Me Guy Longchamp étant désigné comme avocat d'office.

Dans sa réponse du 1^{er} décembre 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée, sans mesures d'instruction supplémentaires. Il a produit un avis du 11 novembre 2021 du Dr B._____, du SMR, auquel il se ralliait.

Le 26 juillet 2022, en réplique, maintenant ses précédentes conclusions et déplorant l'absence d'une analyse rhumatologique effectuée par l'OAI au vu des rapports des 14 mars et 13 juin 2019 du Dr [...] et du 28 février 2020 de la médecin traitant, rappelant qu'elle présentait un Covid long avec asthénie, une dyspnée au moindre effort (avec CT pulmonaire SP [sans particularité] en juin 2021) et un état

dépressif réactionnel, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, subsidiairement le renvoi du dossier à l'OAI pour mise en place d'une telle expertise, conformément à son devoir d'instruire.

Dans sa duplique du 25 août 2022, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée.

E n d r o i t :

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

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

2. a) Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé, par sa décision du 27 août 2021, à limiter le versement d'une rente entière à la période du 1^{er} septembre au 31 décembre 2018, la recourante faisant valoir, pour sa part, qu'elle présentait une aggravation de son état de santé depuis le 24 mars 2020, propre à lui donner droit à une rente entière, sans limite dans le temps.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI]

[Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 27 août 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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.

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

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

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

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit

leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Selon l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit. Des avis du SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI (cf. arrêt 9C_858/2014 du 3 septembre 2015 consid. 3.3.2). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (cf. ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 8C_616/2020 du 15 juin 2021 consid. 6.2.4 ; 8C_756/2008 du 4 juin 2009 consid. 4.4).

5. a) A l'appui de sa réponse du 1^{er} décembre 2021, l'office intimé a fait verser au dossier un avis du 11 novembre 2021 du Dr B. _____, du SMR, auquel il se ralliait, et qui se termine comme suit :

"Conclusion : Jeune assurée au bénéfice d'une formation certifiante, qui présente au premier plan des symptômes au niveau des membres supérieurs, associant perte de force, douleurs, et fourmillements, n'ayant été que transitoirement améliorés par les prises en charge chirurgicales. Au terme de la présente instruction,

force est de constater que plusieurs spécialistes ont été impliqués dans les investigations de l'assurée et se sont prononcé[s] de manière unanime sur l'absence d'éléments objectifs permettant d'expliquer ses symptômes. Il n'existe pas au dossier d'éléments cliniques ou paracliniques permettant d'amener une explication cohérente à la situation médicale, tout comme d'élément direct ou indirect qui pourraient parler en faveur d'une diminution de l'utilisation des membres supérieurs (amyotrophie par exemple). L'atteinte ORL est décrite comme n'ayant pas d'impact sur la CT [capacité de travail], et la symptomatologie abdominale, présente depuis bientôt 20 ans, s'est certes aggravée transitoirement avant d'avoir pratiquement disparu (d'après les conclusions du spécialiste en chirurgie). Il est important de relever qu'en dehors du médecin traitant, qui fonde manifestement son appréciation de la CT sur les éléments anamnestiques et subjectifs, aucun des autres médecins consultés ne se prononce en faveur d'une diminution de la CT ou ne rapporte des éléments en faveur d'une répercussion significative et durable des symptômes sur les autres domaines de la vie de l'assurée. Finalement, malgré l'importance des douleurs, il reste étonnant d'un point de vue médical que le traitement antalgique n'ait pas été adapté, et qu'il ne soit souvent même pas mentionné. D'un point de vue psychiatrique, l'assurée a été suivie par une psychologue : cette dernière malgré plusieurs sollicitations, ne s'est pas prononcé. Elle n'a vraisemblablement, tout comme le médecin traitant, pas jugé nécessaire d'adresser l'assurée en consultation avec un médecin psychiatre, afin notamment de préciser un éventuel diagnostic ou adapter le(s) traitement(s). Il semble dès lors qu'une atteinte apparentée à un trouble somatoforme douloureux ne puisse pas non plus être retenue en l'état, pas plus qu'un épisode anxiodépressif ayant une importance clinique significative.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que d'un point de vue médical, les symptômes de l'assurée restent inexpliqués face à la normalité des différentes appréciations, et que ces derniers ne peuvent pas non plus être mis sur le compte d'une pathologie d'ordre psychiatrique. Nous n'avons pas non plus d'argument en faveur de répercussions significatives et durables de ces symptômes sur l'ensemble des domaines de la vie de l'assurée.

Nous proposons de maintenir nos précédentes conclusions."

b) Comme cela est exposé dans la synthèse complète du SMR du 11 novembre 2021, l'instruction sur le plan médical a été correctement diligentée, avec l'interpellation des spécialistes consultés par la recourante (neurologie, chirurgie de la main et psychologie), qui n'ont objectivé aucune atteinte à la santé propre à expliquer les douleurs persistantes, respectivement une restriction de la capacité de travail. Depuis le traitement du tunnel carpien, le corps médical a décrit une évolution qui est restée très insatisfaisante avec la persistance de douleurs dans les deux membres supérieurs. La totalité des investigations médicales menées à ce jour n'ont pas permis d'objectiver les

répercussions des difficultés d'ordre physique et psychique sur la capacité de travail de la recourante.

La médecin traitant (Dre A. _____) se borne quant à elle à opposer un avis divergent, fondé sur les plaintes de sa patiente, listant diverses pathologies qui empêcheraient l'intéressée de « fonctionner à 100 % ». Or les plaintes de la recourante, subjectives, ne sauraient à elles seules fonder un constat objectif. En particulier, l'infection en avril 2021 par le SARS-CoV2 avec dans son sillage un Covid long, une asthénie et un état dépressif réactionnel ne sont pas à même de quantifier une incapacité de travail faute de disposer d'éléments objectifs au dossier. La médecin généraliste n'a du reste aucune proposition thérapeutique à formuler dans le contexte d'un suivi psychiatrique qui ne semblait pas apporter de bénéfice, et de divers traitements à but antalgique qui n'avaient pas induit une nette amélioration s'agissant des douleurs. Aussi, la Dre A. _____ n'objective pas son appréciation de la capacité de travail résiduelle de sa patiente. De manière plus générale, il convient de rappeler qu'il est admis, de jurisprudence constante, que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison du mandat thérapeutique et de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5). Pareil raisonnement vaut également pour la psychologue D. _____, laquelle a au demeurant admis qu'elle était dans l'impossibilité de se prononcer sur les répercussions des difficultés d'ordre psychique sur la capacité de travail de la recourante.

Aucun diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou d'atteinte apparentée n'ayant été posé, il n'y a pas lieu, en présence d'un dossier bien instruit, de faire procéder à l'expertise pluridisciplinaire que commanderait un tel diagnostic (cf. ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, il n'y a pas lieu de compléter l'instruction, comme le requiert la recourante, dès lors que le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause (appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

c) L'avis du SMR du 11 novembre 2021 constituant un rapport de synthèse clair et bien motivé, en rendant compte de tous les avis des médecins qui ont examiné la recourante, il convient de s'y rapporter pour admettre l'absence d'aggravation objective et significative de l'état de santé de cette dernière depuis le 24 mars 2020 et jusqu'au 27 août 2021, date à laquelle la décision attaquée a été rendue.

d) Il suit de ce qui précède qu'à l'échéance du délai de carence, soit en avril 2018, la recourante présentait une incapacité entière de travail et de gain en toute activité. Compte tenu du dépôt tardif de la demande de prestations le 2 mars 2018, une rente entière ne peut toutefois être allouée qu'à partir du 1^{er} septembre 2018. La recourante a dès lors droit à une rente entière, sur la base d'un taux d'invalidité de 100 %, pour la période allant du 1^{er} septembre au 31 décembre 2018 (soit trois mois après l'amélioration constatée en octobre 2018, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI). C'est donc à juste titre que l'office intimé a nié le droit aux prestations à compter du 1^{er} janvier 2019.

6. a) Mal fondé, le recours doit par conséquent être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

d) La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. Me Longchamp, bien qu'invité à deux reprises à le faire, n'a pas produit la liste de ses opérations, lesquelles seront donc

estimées au regard du travail effectué, à savoir un double échange d'écritures, mais sans que les actes du mandataire aient revêtu une complexité ou une densité particulière. Ce mandataire se verra dès lors allouer une équitable indemnité correspondant à huit heures de travail et arrêtée à 2'261 fr. 70, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat 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 (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 27 août 2021 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Guy Longchamp, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'261 fr. 70 (deux mille deux cent

soixante-et-un francs et septante centimes), débours et TVA compris.

VI. 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 et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Guy Longchamp (pour l. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :