

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 12 septembre 2019

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
Mme Röthenbacher, juge, et M. Peter, assesseur  
Greffière : Mme Raetz

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**U.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Procap, à Bienne,

et

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

---

**Art. 6 ss, 43 et 44 LPGA ; 4 et 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** U. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a été engagée en tant qu'aide de ménage et aide-soignante à l'EMS V. \_\_\_\_\_ dès le mois de juillet 2003. Le 21 février 2005, elle a chuté et a subi une fracture du poignet gauche, entraînant des douleurs persistantes. Son contrat de travail a été résilié dans le courant de l'année.

Le 18 mars 2010, l'assurée a bénéficié d'une ostéotomie correctrice de l'extrémité distale du radius, à gauche. Le 1<sup>er</sup> octobre 2010, elle a subi une nouvelle intervention visant à enlever le matériel d'ostéosynthèse (cf. protocoles opératoires des 18 mars et 1<sup>er</sup> octobre 2010 du Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main).

Le 19 janvier 2011, 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).

Dans un rapport du 14 février 2011 à l'OAI, le Dr R. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic, ayant un effet sur la capacité de travail, de séquelles d'une fracture du poignet gauche en 2005. L'incapacité de travail était totale du 18 mars au 20 juin 2010, ainsi que durant le mois d'octobre 2010. L'activité exercée était exigible à 100 %.

Par décision du 18 août 2011, l'OAI a refusé l'octroi de prestations, en expliquant que le droit à la rente n'était ouvert que lorsque la personne assurée présentait une incapacité de travail durable pendant une année au moins et qu'elle était toujours invalide à l'échéance d'une période de six mois dès le dépôt de la demande, ce qui n'était pas le cas en l'espèce.

**B.** Le 1<sup>er</sup> février 2012, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations.

Dans un rapport du 14 février 2012 à l'OAI, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et rhumatologue, a posé les diagnostics d'arthrite du poignet gauche et de séquelles d'une fracture de Pouteau-Colles du poignet gauche en 2005 avec en 2010 une ostéotomie correctrice. Dès les mois ayant suivi cette ostéotomie, la patiente s'était plainte de douleurs au poignet gauche. La capacité de travail était de 20 % dans son activité habituelle et de 80 %, voire 100 %, dans une activité adaptée. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a joint un rapport du 18 octobre 2011 consécutif à une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la main gauche réalisée le même jour, mettant notamment en évidence un petit ganglion cyst adossé au plan capsulo-ligamentaire palmaire en regard de l'interligne radio-scaphoïdien, une légère synovite au niveau du poignet, ainsi qu'un remodelage post-traumatique du radius et du cubitus.

Par avis médical du 27 février 2012, le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a relevé qu'il n'y avait pas d'éléments nouveaux.

Par décision du 4 mai 2012, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande.

**C.** Le 14 mai 2012, le Dr N.\_\_\_\_\_ a fait parvenir à l'OAI un rapport établi par ses soins le 16 avril 2012, selon lequel il y avait, au vu de l'IRM précitée, une explication organique aux plaintes de la patiente. L'OAI a traité ce courrier comme une nouvelle demande de prestations, sur laquelle il est entré en matière.

Dans un rapport du 19 février 2014 à l'OAI, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main, a posé le diagnostic de syndrome douloureux cubito-carpien avec « impingement » [réd. : conflit] et pseudarthrose de la styloïde cubitale. Il a expliqué que l'assurée avait subi, le 18 novembre 2013, une arthrotomie cubito-carpienne gauche, avec résection d'une pseudarthrose de la styloïde cubitale, ainsi qu'une ostéotomie de raccourcissement du cubitus gauche. Une déchirure

partielle du ligament luno-pyramidal et une déchirure centrale du complexe fibro-cartilagineux du carpe avaient été mises en évidence. L'incapacité de travail était totale.

Dans un rapport du 9 octobre 2014, le Dr T.\_\_\_\_\_ a informé avoir fixé une reprise du travail à 30 % à partir du 22 avril 2014. Dans une activité adaptée, la capacité de travail pourrait être totale, mais cela n'était pas certain.

Dans un rapport du 16 octobre 2014, le Dr N.\_\_\_\_\_ a attesté une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 30 % dès le 22 avril 2014 dans une activité adaptée.

L'OAI a confié la réalisation d'une expertise au Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans un rapport du 3 juin 2015, il a posé les diagnostics, ayant une répercussion sur la capacité de travail, de status post-fracture de Pouteau-Colles gauche et de la styloïde cubitale gauche, de status post-consolidation en extension de cette fracture, de statut post-effondrement post-opératoire du dôme cubital gauche avec variance ulnaire positive, ainsi que de statut post-déchirure partielle du ligament luno-pyramidal et déchirure centrale du complexe fibro-cartilagineux du carpe. S'agissant des diagnostics sans effet sur la capacité de travail, il a retenu ceux d'épicondylite externe gauche et de conflit acromio-claviculaire externe gauche, et ceux de status existant après les opérations des 18 mars 2010, 1<sup>er</sup> octobre 2010 et 18 novembre 2013. Dans l'activité habituelle, l'incapacité de travail était totale. L'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible depuis le 31 janvier 2012, « date de la demande », mise à part une période d'incapacité de travail totale du 18 novembre 2013 au 16 mai 2014.

Par projet de décision du 31 mai 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui octroyer une rente entière du 1<sup>er</sup> mai 2013 au 31 août 2014. Il a expliqué qu'elle présentait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée depuis le 31 janvier 2012. Il lui

reconnaissait toutefois une incapacité de travail totale dans toute activité de mai 2012 au 16 mai 2014, justifiant l'octroi d'une rente entière. Celle-ci était supprimée trois mois après l'amélioration constatée en mai 2014. En effet, compte tenu du revenu qu'elle pourrait réaliser dans une activité adaptée, elle présentait un taux d'invalidité insuffisant pour maintenir le droit à une rente.

Par courrier du 7 juillet 2016, l'assurée, désormais représentée par Procap, s'est opposée à ce projet, en soutenant que son état de santé avait évolué défavorablement, tant sur le plan psychique que somatique. Elle a joint un rapport du 30 juin 2016 du Dr N.\_\_\_\_\_, relevant qu'au vu de l'aggravation des douleurs au poignet, le matériel d'ostéosynthèse avait été enlevé le 11 novembre 2015, ce qui n'avait rien changé aux douleurs. Les douleurs de l'épaule gauche s'étaient exacerbées. Depuis début 2016, un épisode dépressif était apparu, si bien que le médecin traitant, le Dr G.\_\_\_\_\_, avait prescrit un antidépresseur. Même dans une activité adaptée, la capacité de travail serait de l'ordre de 50 %.

Par avis médical du 21 juillet 2016, le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a estimé que les douleurs au poignet et à l'épaule gauches avaient déjà été prises en compte par l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_. En outre, le Dr N.\_\_\_\_\_ évoquait un trouble de l'humeur, sans informer de l'efficacité du traitement mis en place par le médecin traitant. En définitive, le rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ constituait une appréciation différente d'une même situation que celle prévalant lors de l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_.

L'OAI a pris en charge une mesure d'orientation professionnelle auprès du centre E.\_\_\_\_\_, prévue initialement du 23 janvier au 21 avril 2017, avec un taux de présence de 50 % le premier mois et de 100 % par la suite.

Après avoir débuté cette mesure, l'assurée a été en incapacité de travail totale du 25 au 27 janvier, le 30 janvier, du 7 au 9 février, puis du 14 février au 22 mars 2017. Dans un rapport du 22 mars 2017, les

responsables du centre E.\_\_\_\_\_ ont relevé que lorsque l'assurée était présente, elle était assidue et s'efforçait de réaliser au mieux les activités confiées. Toutefois, ses difficultés, notamment ses douleurs, un ralentissement global et une résistance psychique considérablement affectée, ne permettaient pas d'envisager une orientation sur le premier marché de l'emploi. La mesure a été interrompue le 22 mars 2017.

Le 23 mars 2017, au cours d'un entretien à l'OAI, l'assurée a déclaré qu'elle n'allait pas bien. Le Dr N.\_\_\_\_\_ lui avait proposé de consulter un psychiatre et elle avait eu son premier rendez-vous le 9 mars 2017 (cf. note d'entretien du 23 mars 2017 de l'OAI).

Dans un rapport du 28 mars 2017 à l'OAI, le Dr N.\_\_\_\_\_ a relevé que l'état de santé de sa patiente s'était péjoré depuis plusieurs mois, avec des douleurs à l'épaule gauche et un épisode dépressif. La capacité de travail dans une activité adaptée était nulle en raison d'une fatigue, de douleurs dans le membre supérieur gauche, ainsi que d'une dépression.

Dans un rapport du 29 mai 2017, la Dre Y.\_\_\_\_\_, psychiatre, a posé le diagnostic, ayant une répercussion sur la capacité de travail, d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, existant depuis 2010. La patiente bénéficiait d'une médication psychotrope prescrite par le Dr G.\_\_\_\_\_, en cours de réévaluation par la psychiatre. L'activité exercée n'était plus exigible. L'assurée présentait les signes d'une dépression moyenne altérant sa capacité à exercer une activité, au vu notamment d'une fatigabilité, d'une humeur abaissée, d'un intérêt diminué pour les activités, de troubles de la concentration, du sommeil et de l'appétit. La Dre Y.\_\_\_\_\_ a précisé qu'elle n'avait pas établi de certificat d'incapacité de travail et a prié l'OAI de se référer aux Drs N.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ sur ce point. A la question de savoir si certaines activités étaient encore possibles pour l'assurée, elle a notamment répondu par la négative à celles exigeant de l'endurance, de la précision et du stress en ajoutant, comme « conditions », la non-

utilisation du bras gauche et un port de charges limité avec le bras droit. Elle a estimé que seule une activité à temps partiel était encore possible.

A la demande de l'OAI de communiquer les dates auxquelles l'assurée l'avait consultée entre le 1<sup>er</sup> février et le 30 avril 2017, la Dre Y. \_\_\_\_\_ a répondu, par courrier du 14 juillet 2017, qu'elle était venue à la consultation les 9 et 27 mars, ainsi que les 3 et 18 avril 2017.

Par avis médical du 20 juillet 2017, le Dr M. \_\_\_\_\_ a maintenu la position exprimée dans son avis du 21 juillet 2016. Il a relevé que les troubles dépressifs légers à moyens n'entraient dans le cadre des maladies invalidantes que s'il était avéré qu'ils résistaient à toute thérapie. De plus, il fallait que la thérapie ait été suivie de manière conséquente, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. Les empêchements ayant entravé les mesures de réadaptation mises en place ne prenaient pas leurs racines dans la sphère médicale.

Au cours d'un entretien à l'OAI le 7 septembre 2017, l'assurée a déclaré qu'elle avait très mal au bras droit, car elle avait dû beaucoup utiliser ce bras lors de son stage au centre E. \_\_\_\_\_. Elle faisait de la physiothérapie. Elle voyait toujours sa psychiatre deux fois par mois. Elle avait annulé un rendez-vous à la fin du mois d'août 2017 pour assister à un cours de français, dont elle suivait deux leçons par semaine, d'une durée de trois heures. Pour le moment, elle se sentait incapable de travailler (cf. note d'entretien du 7 septembre 2017 de l'OAI).

Par courrier du 29 janvier 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il confirmait entièrement son projet du 31 mai 2016, en reprenant les éléments soulevés par le Dr M. \_\_\_\_\_.

Par décision du 5 mars 2018, l'OAI a confirmé l'octroi d'une rente entière limitée à la période du 1<sup>er</sup> mai 2013 au 31 août 2014.

**D.** Par acte du 19 avril 2018, U. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal,

en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour qu'il mette en œuvre une expertise psychiatrique, puis rende une nouvelle décision. Elle a soutenu que l'instruction médicale avait été lacunaire. L'intimé n'avait pas pris en compte les critères posés par la nouvelle jurisprudence en matière d'atteintes psychiques.

Par décision du 23 mai 2018, la juge instructrice a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 19 avril 2018, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires.

Dans sa réponse du 21 juin 2018, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Les avis du SMR figurant au dossier se référaient certes à l'ancienne jurisprudence, mais le suivi psychiatrique était peu conséquent. En outre, dans son rapport du 29 mai 2017, s'agissant des activités encore possibles, la psychiatre traitante avait notamment coché la case « non » pour les activités exigeant de l'endurance, de la précision, du stress, mais elle avait précisé que ceci était en rapport avec la non utilisation du bras gauche et le port de charges limité. Tant la psychiatre que les autres intervenants décrivaient une assurée très désireuse de travailler dans une activité adaptée. Celle-ci avait expliqué qu'elle voyait toujours sa psychiatre, mais qu'elle avait annulé un rendez-vous car elle ne voulait pas manquer un cours de français fixé à la même date. Ainsi, l'OAI doutait que les conditions pour reconnaître l'existence, durant une année, d'une atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité soient remplies.

Par réplique du 22 mars 2019, la recourante a maintenu sa position. Elle a joint un courriel du 5 février 2019 de la Dre Y.\_\_\_\_\_, relevant que sa situation ne s'améliorait pas. A la suite de douleurs intenses, elle avait dû arrêter ses activités au X.\_\_\_\_\_ au mois de décembre 2018, après trois mois seulement. Pourtant, elle souhaitait exercer une activité pour sortir de l'isolement.

Dans sa duplique du 24 avril 2019, l'intimé a indiqué que les éléments mentionnés par la Dre Y. \_\_\_\_\_ étaient survenus postérieurement à la décision attaquée.

### **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 auprès du tribunal compétent en temps utile - compte tenu des fêtes - (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36] et art. 38 al. 4 let. a LPGA) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si le recourant ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d).

**b)** En l'occurrence, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité depuis le 1<sup>er</sup> mai 2013, singulièrement sur son degré d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2014.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (art. 6 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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 (art. 16 LPGA).

**b)** Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

**4. a)** Pour pouvoir 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 une base importante 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 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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 de l'expert 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\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**5.** Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**6.** En l'espèce, par la décision litigieuse, l'OAI a retenu que la recourante avait présenté une incapacité totale de travail dans toute activité de mai 2012 au 16 mai 2014, et qu'elle était capable d'exercer une activité adaptée à 100 % après cette date. L'intéressée fait valoir une évolution défavorable de son état de santé.

**a)** Au plan psychique, la Dre Y. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. La psychiatre a expliqué que sa patiente avait déjà présenté un état dépressif en

septembre 2012, lequel évoluait depuis 2010. Elle avait bénéficié d'un suivi du 27 août 2012 au 15 janvier 2013 (cf. rapport du 29 mai 2017). Par la suite, la recourante a à nouveau consulté dès le 9 mars 2017, à raison de deux séances mensuelles, et suivait un traitement antidépresseur (cf. rapport du 29 mai 2017 et courrier du 14 juillet 2017 de la Dre Y. \_\_\_\_\_ ; note d'entretien du 7 septembre 2017). La psychiatre a notamment constaté que l'assurée présentait des signes d'une dépression moyenne altérant sa capacité à exercer une activité, tels qu'une fatigabilité et une diminution de la concentration (cf. rapport du 29 mai 2017). Ces limitations ont également été observées par les responsables du centre E. \_\_\_\_\_, où la recourante avait débuté un stage dès le 23 janvier 2017 (cf. rapport du 22 mars 2017). La psychiatre ne s'est cependant pas prononcée précisément sur la capacité de travail qu'elle retenait dans une activité adaptée, ni quant au moment où serait intervenue une diminution. Dans son rapport du 30 juin 2016, le Dr N. \_\_\_\_\_ a quant à lui relevé l'apparition d'un épisode dépressif depuis début 2016 et la prescription d'antidépresseurs par le Dr G. \_\_\_\_\_. Aucun rapport de ce dernier ne figure toutefois au dossier.

Au vu de ces éléments, l'intimé devait procéder à une instruction complémentaire, consistant notamment à interpellier le Dr G. \_\_\_\_\_. L'OAI s'est pourtant limité à se fonder sur les avis médicaux du Dr M. \_\_\_\_\_ pour écarter toute atteinte invalidante au plan psychique. Or, les avis de ce médecin, lequel n'est pas spécialisé en psychiatrie, sont très sommaires et peu motivés. En outre, tel que l'a reconnu l'OAI, ils ne répondent pas aux réquisits posés par la jurisprudence récente du Tribunal fédéral concernant l'appréciation du caractère invalidant des troubles psychiques. Ce dernier doit notamment être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, sans que celui de la résistance à un traitement ne soit déterminant à lui seul. Dans sa réponse, l'OAI passe outre cette exigence, en relevant plusieurs éléments le conduisant à nier l'existence, durant une année, d'une atteinte invalidante. Cette argumentation ne convainc pas. Les éléments au dossier ne permettent pas de déterminer avec précision quand une atteinte psychique aurait débuté et sa répercussion éventuelle sur la

capacité de travail de l'assurée. De plus, le désir de cette dernière d'exercer une activité adaptée n'est pas propre à nier une atteinte invalidante. Elle avait au demeurant déjà cette volonté lors de son stage auprès du centre E. \_\_\_\_\_, lequel a cependant dû être interrompu au vu de son état physique et psychique. Enfin, même si, dans son rapport du 29 mai 2017, la Dre Y. \_\_\_\_\_ a coché plusieurs types d'activités qui n'étaient plus possibles en raison de la non-utilisation du bras gauche et du port de charge restreint (cf. p. 6), il ressort de ce même document que les limitations de la recourante, telles que relevées ci-dessus, vont au-delà des seuls aspects physiques. Ainsi, l'OAI se devait de mettre en œuvre un examen remplissant les critères posés par la jurisprudence récente en matière de troubles psychiques avant de statuer sur le droit aux prestations de la recourante.

**b)** Sur le plan somatique, il ressort notamment des rapports du Dr N. \_\_\_\_\_ que l'état de santé de l'intéressée aurait évolué depuis l'expertise du 3 juin 2015. En particulier, le spécialiste a expliqué que le matériel d'ostéosynthèse au poignet gauche avait dû être enlevé le 11 novembre 2015 en raison d'une aggravation des douleurs. Cette opération n'avait toutefois pas permis d'apporter de changement (cf. rapport du 30 juin 2016). Il apparaît en outre que des douleurs au bras droit, à la suite du stage auprès du centre E. \_\_\_\_\_, auraient nécessité des séances de physiothérapie (cf. note du 7 septembre 2017 de l'OAI). Après avoir estimé la capacité de travail de sa patiente dans une activité adaptée à 50 % dans son rapport du 30 juin 2016, le Dr N. \_\_\_\_\_ a réduit ce taux à 0 % par la suite (cf. rapport du 28 mars 2017). Ces différents aspects n'ont toutefois pas été instruits par l'intimé. Les éléments figurant au dossier ne permettent ainsi pas de statuer en toute connaissance de cause.

**7. a)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF

122 V 157 consid. 1d). Le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**b)** En l'espèce, force est de constater que la situation médicale de la recourante n'a pas été établie de manière satisfaisante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, pour qu'il en complète l'instruction. Il lui incombera de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire conformément à l'art. 44 LPGA, comprenant un volet psychiatrique, orthopédique et rhumatologique, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune par les experts. Il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision.

**8. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il

convient d'arrêter à 2'000 fr., débours forfaitaires 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 mettre à la charge de l'intimé, qui succombe.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 5 mars 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Procap (pour U. \_\_\_\_\_)
- 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 :