

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 septembre 2021

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Röthenbacher, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourante, représenté par Me Yann Jaillet, av. à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 6 ss, 16, 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1, 29 al. 1 LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. H._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 5 janvier 2010, en raison d'une hernie cervicale. Travaillant depuis 2007 en qualité de préparatrice de commande à 100%, un arrêt de travail complet avait été attesté du 15 au 30 septembre 2009, puis dès le 5 octobre 2009. Des cervicalgies et discopathies pluri-étagées, ainsi qu'une discopathie C5-C6 avec hernie discale médiane et paramédiane gauche avec empreinte sur le cordon médullaire ont été diagnostiquées.

Par décision du 25 mai 2010, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a refusé le droit à une rente d'invalidité, au motif que l'assurée, dont l'incapacité de travail totale dans l'activité habituelle était reconnue, disposait néanmoins d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir le port de charge de plus de 5 kg, la position statique de la nuque et les travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale.

B. L'assurée a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI le 15 septembre 2011, fondée sur les mêmes atteintes à la santé que la première (hernie cervicale et mal de dos depuis septembre 2009). Cette demande a été traitée comme une demande de révision et les rapports médicaux suivants ont été versés au dossier :

- Un rapport établi le 28 juin 2010 par la Dre X._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, dont il ressort que la patiente présentait des discopathies cervicales démontrées par une IRM (imagerie par résonance magnétique) du 28 octobre 2009, mais que l'anamnèse et le tableau clinique orientaient plutôt vers un syndrome douloureux somatoforme.

- Un rapport établi le 25 novembre 2011 par le Dr S._____, médecin généraliste traitant de l'assurée, indiquant que l'assurée était en arrêt de travail complet depuis le 18 octobre 2010 en raison d'une pancréatite aiguë de grade Balthazar C sur passage de calcul, compliquée d'une pancréatite aiguë et hémorragique post sphinctérotomie avec hémorragie digestive haute, épisode qui s'était produit au cours d'un séjour hospitalier de réadaptation et en avait annihilé le bénéfice. Il posait les diagnostics de syndrome de douleurs complexes avec prédominance de cervicalgies chroniques et cervico-brachialgies gauches sur discopathies pluri-étagées, de syndrome douloureux chronique somatoforme et d'état anxiodépressif.

- Un rapport établi le 2 avril 2012 par la Dre X._____, posant les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de cervicalgies et brachialgies gauches chroniques sur troubles dégénératifs étagés et hernie discale C5/C6, de lombalgies chroniques et d'état anxiodépressif réactionnel. La situation était stationnaire sur le plan ostéoarticulaire, avec la présence de douleurs cervicales et brachiales gauches, ainsi que des lombalgies. La capacité de travail était de 0 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, car l'assurée, sans formation professionnelle et parlant mal le français, ne pouvait travailler que dans une activité manuelle, complètement préteritée par les cervico-brachialgies gauches. S'agissant des limitations fonctionnelles, la Dre X._____ a mentionné : « L'activité en statique assise ou debout est très limitée en raison des douleurs et l'activité dans différentes positions ne peut pas se faire plus de 2 heures en raison de son endurance limitée. Madame H._____ ne peut pas faire des mouvements répétés avec son bras, ne peut pas tenir la nuque en hyperflexion ou hyperextension, ne peut pas travailler avec les bras surélevés, ni en zone

basse ». Dans l'annexe au rapport portant sur les limitations fonctionnelles, elle a encore mentionné le travail en marchant, accroupi ou à genou, la rotation, soulever ou porter des charges avec limite de poids de 2 kg, monter sur une échelle ou un échafaudage.

Le 20 avril 2012, le Service médical régional de l'OAI (SMR) a constaté que la pathologie incapacitante n'avait pas évolué et qu'il n'y avait pas lieu d'entrer en matière, dans la mesure où l'état était resté stationnaire et que la pancréatite avait évolué favorablement, sans séquelles. Puis, dans l'avis qu'il a rendu le 7 septembre 2012 après l'opposition de l'assurée au projet de décision de l'OAI, le SMR a ajouté que les limitations fonctionnelles décrites dans le rapport de la Dre X. _____ du 2 avril 2012 complétaient celles retenues dans le rapport SMR du 12 avril 2012, mais ne modifiaient pas la capacité de travail totale dans une activité adaptée.

Par décision du 31 mai 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations du 16 septembre 2011, au motif que la nouvelle atteinte à la santé justifiant l'arrêt de travail complet dès le 18 octobre 2010 avait eu une évolution favorable et sans séquelle, tandis que l'état de santé sur le plan de l'atteinte déjà signalée était resté stationnaire et n'excluait pas l'exigibilité médicale d'une activité à plein temps dans un poste adapté.

C. Entre-temps, l'assurée a débuté, le 1^{er} janvier 2013, une activité de serveuse et intendante auprès du Restaurant G. _____, à [...]. Elle l'a toutefois interrompue dès le 19 juin 2013 puis a déposé, par l'intermédiaire de l'assurance perte de gains en cas de maladie de son employeur, une troisième demande de prestations à l'OAI le 10 janvier 2014, en déclarant souffrir d'arthrose. Elle a joint un rapport médical établi le 25 octobre 2013 par le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui attestait d'une incapacité de travail de 100 % en raison d'une gonalgie gauche sans notion de trauma et précisait qu'une intervention était prévue le

15 novembre 2013, une reprise de l'activité professionnelle antérieure étant attendue.

Dans un avis médical du 22 mai 2014, le SMR a constaté que l'atteinte du genou gauche constituait une nouvelle atteinte à la santé et que l'aggravation pouvait être considérée comme plausible, de sorte qu'il fallait entrer en matière, relevant par ailleurs que l'activité de serveuse ne respectait probablement pas les limitations fonctionnelles retenues dans les deux premières demandes.

Invitée par l'OAI à indiquer l'évolution de l'atteinte au genou gauche de l'assurée, la Dre L. _____, spécialiste en rhumatologie, a fait part le 3 juin 2014 en particulier d'une nette amélioration de l'atteinte au genou et la prochaine reprise de l'activité professionnelle à 50 %, en mentionnant les limitations fonctionnelles suivantes : éviter les escaliers et surtout le port de charges en terrain accidenté, escaliers par exemple, et éviter les positions à genoux ou accroupie. »

Dans un avis du 27 juin 2014, le SMR a constaté que l'assurée a présenté une nouvelle atteinte à la santé sous forme de gonalgie gauche atraumatique, d'origine indéterminée en l'absence de lésion dégénérative articulaire et méniscale, d'évolution favorable, entraînant une incapacité de travail du 3 octobre 2013 au 31 mars 2014 et sans conséquence durable susceptible de modifier l'exigibilité retenue jusqu'ici dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles retenues lors des deux premières demandes devaient être complétée par les limitations retenues par la Dre L. _____, à savoir pas de port de charge en terrain irrégulier, pas de montée/descente répétée d'escaliers, éviter les positions à genou ou accroupie. L'activité actuelle de serveuse n'était pas adaptée aux limitations fonctionnelles avant même l'apparition de l'atteinte du genou gauche. La capacité de travail dans cette activité devait être considérée comme nulle, mais l'exigibilité dans une activité adaptée restait entière.

Par décision du 14 mars 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que la nouvelle atteinte à la santé n'entraînait

aucune conséquence durable susceptible de modifier l'exigibilité retenue jusqu'ici dans une activité adaptée.

D. Cependant, le 17 décembre 2014, alors qu'elle était au travail, l'assurée a glissé et chuté sur son côté gauche avec réception sur la main gauche en hyperextension, se blessant au poignet gauche. Un arrêt de travail a été délivré dès ce jour et l'assurance-accidents a pris en charge le cas.

Une IRM du poignet gauche réalisée le 13 février 2015 n'a pas mis en évidence de lésion traumatique osseuse, mais plutôt une décompensation décongestive de lésions micro-traumatiques chroniques avec une inflammation s'étendant autour de kystes arthrosynoviaux entre les ligaments radio-carpiens palmaires et autour du TFCC (complexe fibro-cartilagineux triangulaire) sur sa face palmaire.

Un traitement par physiothérapie a été mis en place, puis l'assurée a pu reprendre le travail à 50% dès le 8 mai 2015. Lors d'un entretien avec un collaborateur de l'assurance-accidents, le 3 juillet 2015, l'assurée a expliqué qu'elle avait glissé sur le sol en carrelage, perdu l'équilibre en arrière et qu'elle s'était légèrement retournée sur le côté gauche pour amortir la chute avec la main lors de l'impact sur le sol. Elle a fait état de douleurs au poignet, à la main et au coude gauches, étant précisé qu'elle était droitière. Elle a indiqué qu'elle avait une hernie discale depuis 2009, apparue alors qu'elle était préparatrice de commandes et qui s'était stabilisée avec le fitness.

L'assurée a à nouveau été en arrêt de travail à 100 % dès le 28 janvier 2016, puis à 50 % dès le 10 mars 2016, selon certificats médicaux du Dr D. _____, spécialiste en chirurgie plastique reconstructive et esthétique, lequel envisageait une intervention de décompression du nerf médian.

Le 11 avril 2016, l'assurée a été examinée par le Dr J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil

locomoteur, médecin d'arrondissement de l'assurance-accidents, lequel a posé les diagnostics de status après contusion et probable entorse en hyper-extension du poignet gauche (17.12.2014), de possible syndrome du tunnel carpien à gauche, de kyste arthro-synovial entre les ligaments extrinsèques radiocarpiaux palmaires du poignet gauche (lésions préexistantes), de troubles dégénératifs de la colonne cervicale (hernie discale cervicale diagnostiquée en 2009) et d'obésité. Il a constaté que le cas n'était pas stabilisé, une cure chirurgicale d'un syndrome du tunnel carpien de la main gauche étant prévue. Il a ajouté que tous les symptômes de la patiente n'étaient pas expliqués par une éventuelle compression du nerf médian et que si l'état de la main ne permettait pas de reprendre le travail quatre semaines après l'intervention de décompression du nerf médian programmée par le Dr D._____, une évaluation par un spécialiste en chirurgie de la main serait indispensable, ainsi qu'un bilan par un neurologue.

Le 27 avril 2016, le Dr D._____ a procédé à l'intervention de décompression du nerf médian au poignet gauche et a délivré un nouvel arrêt de travail complet dès cette date.

L'assurance-accidents a ensuite sollicité l'avis de la Dre K._____, spécialiste en chirurgie plastique reconstructive et esthétique, pour examiner l'assurée. Dans son rapport du 20 juillet 2016, cette médecin a posé le diagnostic d'algoneurodystrophie (Sudeck) de la main et du poignet gauche de stade I à II apparue dans les suites postopératoires d'un tunnel carpien. Elle a relevé que les plaintes de l'assurée portant sur des douleurs au poignet et à la main gauche s'étaient exacerbées à la suite de l'intervention chirurgicale et a suggéré d'évaluer une éventuelle indication pour une rééducation au sein de la Clinique B._____. Elle a précisé qu'elle avait demandé au radiologue de réexaminer l'imagerie du 16 février 2015. Celui-ci avait relevé, dans un courrier du 12 juillet 2016, que l'assurée souffrait également d'une lésion du complexe fibrocartilagineux triangulaire (TFCC), du ligament lunotriquetral et du ligament scapholunaire. Selon la Dre K._____, il n'y avait

rien à faire pour ces pathologies si ce n'est d'attendre la disparition de l'algoneurodystrophie pour réévaluer la situation.

Dans un rapport de consultation-bilan à trois mois de l'intervention établi le 2 août 2016, le Dr D._____ a posé les diagnostics de douleurs neuropathiques chroniques au niveau du membre supérieur gauche et de la tête/nuque, ainsi que de douleurs chroniques du poignet gauche. Après avoir constaté une légère amélioration, il a notamment déclaré qu'il n'était pas persuadé de la présence d'un syndrome de Sudeck, dont il ne trouvait cliniquement que l'œdème déjà présent en préopératoire.

Le 22 août 2016, l'assurée a été examinée par le Dr J._____ qui, après avoir rapporté ses douleurs permanentes à la main gauche, a constaté une dégradation de la situation à la suite de l'intervention chirurgicale, notamment avec une importante raideur de trois doigts et une diminution de leur sensibilité. Il a notamment retenu le diagnostic de suspicion d'algodystrophie du poignet et de la main gauche et a proposé un séjour à la Clinique B._____.

Le 29 septembre 2016, le Dr D._____ a constaté une évolution lentement positive, caractérisée par la diminution de l'œdème et une amélioration de la mobilité des doigts avec possibilité de formation de pince. Selon lui, la radiographie ne montrait pas de signes de résorption osseuse ou d'œdème du périoste typiques du syndrome douloureux régional (CRPS ou Sudeck), de sorte qu'il n'était toujours pas convaincu de la présence d'un CRPS. Il trouvait plus probable que l'évolution défavorable fut la conséquence d'une série de facteurs concomitants dont un probable syndrome compressif par le pansement post-opératoire au niveau des nerfs digitaux collatéraux, chez un sujet avec des nerfs sensibles à la compression et à la moindre stimulation nocive.

L'assurée a séjourné à la Clinique B._____ du 27 septembre au 18 octobre 2016 et du 1^{er} au 23 novembre 2016. Les rapports établis les 9 et 10 février 2017 exposaient que le séjour avait porté

principalement sur des thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitations fonctionnelles chroniques de la main gauche. Les diagnostics supplémentaires suivants étaient en outre mentionnés : syndrome douloureux régional complexe (SDRC ou CRPS, établi sur la base de critères diagnostics de Budapest et de la scintigraphie osseuse effectuée le 10 octobre 2016) de la main gauche, chute au travail sur le poignet gauche en hyperextension avec contusion-entorse du poignet, lésion du TFCC sur la styloïde ulnaire et du faisceau palmaire du ligament scapho-lunaire, contusion du semi-lunaire et synovite, décompression du nerf médian gauche au canal carpien et trouble de l'adaptation avec réaction dépressive (F43.21). Des cervicalgies chroniques et lombalgies chroniques étaient en outre signalées notamment en tant que comorbidités.

Les rapports de la Clinique B._____ indiquaient que la patiente s'était plainte de douleurs permanentes à la main gauche. Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour mais des facteurs contextuels, chez une patiente centrée sur la douleur, ayant tendance à catastrophiser, disant cumuler les ennuis de santé, désécurisée quant aux différents avis diagnostics, influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'intéressée. Compte tenu de la présence du SDRC, aucune intervention n'avait été proposée. Le service de réadaptation en neurologie rapportait des douleurs à la main gauche inchangées depuis l'intervention et des douleurs régulières dans la région cervico-scapulaire dans le contexte d'une hernie discale cervicale depuis plusieurs années. L'examen de la tête et du cou avait montré une morphologie normale, une mobilisation cervicale douloureuse et limitée dans toutes les directions, sans provocation de réelles cervico-brachialgies ni de signe de Lhermitte. L'examen sommaire des nerfs crâniens était dans les limites de la norme et ne révélait pas d'argument en faveur d'un syndrome d'Horner à gauche. Puis, l'examen des membres supérieurs avait été interrompu de manière prématurée après une seule stimulation, sur demande de l'assurée qui le jugeait trop douloureux. Face à une patiente extrêmement algique, l'examen clinique quelque peu limité avait

mis en évidence une faiblesse diffuse à caractère fonctionnel algique de toute la musculature du membre supérieur gauche à prédominance de la musculature de la main et une hypoesthésie prenant également toute la main, sans association de signe de Tinel clairement positif au carpe ni au coude. La sonographie du nerf ulnaire gauche, effectuée le 4 novembre 2016, avait montré une tuméfaction nerveuse évoquant une neuropathie focale de ce nerf et celle du nerf médian gauche n'avait révélé que la présence d'images suspectes de kystes qui entourent ce nerf.

Au terme du séjour, une légère amélioration de la mobilité active du poignet et de l'index avait été constatée, mais une allodynie d'une zone palmaire ulnaire persistait et l'assurée continuait à exclure les derniers doigts dans les activités. Les limitations fonctionnelles retenues étaient décrites ainsi : le port répété de charges supérieures à 5kg, des mouvements répétés du poignet gauche et une dextérité fine ou préhension avec la main gauche. Sur le plan psychiatrique, un suivi individuel a été proposé en cours de séjour, mais aucune médication n'a été mise en place et il n'a pas été décidé de poursuivre un suivi en ambulatoire au terme du séjour.

L'assurée a été examinée le 4 mai 2017 par le Dr Q._____, spécialiste en neurologie. Ce médecin a relevé que la patiente était sympathique mais geignarde, apparemment très algique et démonstrative, devant être stimulée à plusieurs reprises pour que l'examen puisse être poursuivi. Il a noté que la nuque présentait une mobilité modérément limitée, avec une mobilisation un peu sensible localement mais sans provocation de douleurs ou de paresthésies au niveau des membres supérieurs. A l'examen des membres supérieurs, il n'a constaté aucune particularité à droite, la main gauche était modérément tuméfiée, tandis que le testing de la force montrait des lâchages à l'extrémité distale sur l'extension, l'abduction et la flexion en partie du poignet mais surtout des cinq rayons ; il y avait également une hypoesthésie tactile et douloureuse essentiellement sur la partie ulnaire (dorsale et palmaire) de la main gauche et des 4^e et 5^e rayons, avec épargne des trois premiers doigts. Après avoir pratiqué un ENMG des nerfs

médian et ulnaire gauches, le Dr Q._____ a conclu à l'absence d'atteinte électro-physiologiquement significative du nerf médian gauche au poignet et au coude/avant-bras et à l'absence d'atteinte électrophysiologiquement significative du nerf ulnaire gauche au passage du coude et du poignet. Il déclarait ainsi qu'au terme du bilan, il n'avait pas fait la preuve d'une atteinte neurologique clairement documentable à l'origine des plaintes de l'assurée.

L'assurée a à nouveau été examinée le 19 juin 2017 par le Dr J._____, qui a retenu en particulier les diagnostics de douleurs persistantes du poignet de la main gauche, de status après traumatisme du poignet gauche avec probable lésion du ligament triangulaire du carpe, de status après décompression du nerf médian à gauche, de probables séquelles d'algodystrophie du poignet et de la main gauche et de cervicalgies chroniques. Il a considéré que le cas était quasiment stabilisé et que l'assurée pouvait désormais exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit une activité pratiquement monomanuelle droite, devant éviter le port de charges supérieures à 5kg, les mouvements répétés et tous les métiers qui impliquent une dextérité fine ou des gestes de préhension délicate avec sa main gauche. Il a ajouté que des facteurs non organiques jouaient un rôle dans l'évolution du cas, l'assurée étant très démonstrative avec une tendance à la catastrophisation.

Par décision du 20 juillet 2017, l'assurance-accidents a mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalières avec effet au 31 août 2017, sous réserve de séances d'ergothérapie jusqu'à fin octobre 2017. Puis, par décision du 16 février 2018, constatant l'absence de perte de gain et d'atteinte importante et durable à l'intégrité physique, l'assurance-accidents a refusé l'octroi d'une rente et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI). L'assurée a fait opposition à ces décisions puis a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition rendue le 31 juillet 2019. Le recours a été partiellement admis par arrêt du 21 août 2020 et la cause étant renvoyée

à l'assureur s'agissant de l'IPAI (AA 125/19 - 129/2020), la décision sur opposition étant confirmée pour le surplus.

E. Le 12 septembre 2017, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, motivée par la perte de mobilité de la main gauche à la suite d'une chute.

Dans un rapport du 27 septembre 2017, le Dr D._____ a attesté que l'assurée présentait des douleurs et des paresthésies dans la main et le poignet gauches, que la situation médicale n'était pas stabilisée et que l'assurée était toujours inapte au travail.

Dans son avis du 8 novembre 2017, le SMR a constaté que la lésion traumatique du membre supérieur gauche était un fait nouveau imposant d'entrer en matière sur la demande et de compléter le dossier. L'OAI s'est ainsi fait remettre une copie du dossier de l'assurance-accidents le 16 novembre 2017.

Répondant le 28 février 2018 à un questionnaire de l'OAI, le Dr D._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de dépression, de douleurs chroniques du poignet et de la main gauches à la suite d'une chute en décembre 2014, ainsi que d'hernie cervicale C5-C6. Il n'y avait pas d'évolution depuis l'opération du tunnel carpien en avril 2016. Le médecin attestait d'une incapacité de travail de 100 % dans l'activité de serveuse, celle-ci n'étant plus exigible. Aucune mesure de réadaptation professionnelle ni amélioration de la capacité de travail ne paraissait possible. Dans l'annexe relative aux limitations fonctionnelles, le Dr D._____ n'a mentionné aucune activité possible ni capacité résiduelle, avec effet au 27 avril 2016.

Le 12 mars 2018, le SMR a relevé en particulier ce qui suit :

« L'atteinte à la santé actuelle est complètement résumée dans le rapport d'examen par le MA [médecin d'arrondissement] de [...] du 19.06.2017 (GED [...] 16.11.2017). L'assurée qui travaillait comme serveuse-gérante dans la pizzeria de son mari a été victime d'une chute de sa hauteur le 17.12.2014 avec réception notamment sur le

poignet gauche qui restera dès lors douloureux et sera exclu fonctionnellement. Alors qu'initialement aucune lésion de nature traumatique n'avait été relevée, une deuxième lecture de l'arthro-IRM du poignet gauche du 16.02.2015 a permis de mettre en évidence une lésion du TFCC (triangula fibrocartilage complex = autrefois ligament triangulaire du carpe), une lésion du ligament luno-triquetral et du ligament scapcho-lunaire) (GED Rapport de la Dre K. _____ du 20.07.2016 - GED Dossier [...] 16.11.2017). En dépit d'un examen ENMG [électroneuromyogramme] normal, l'assurée a bénéficié le 27.04.2016 d'une décompression du nerf médian au poignet gauche le 27.04.2016 compliquée par un SDRC [syndrome douloureux régional complexe] diagnostiqué par le Dre K. _____ et confirmé scintigraphiquement à la Clinique B. _____ le 10.10.2016 (GED Dossier [...] 16.11.2017) dont le traitement, physio- et ergothérapie, perfusion de pamidronate ne s'avèrera pas efficace subjectivement.

Néanmoins, dans son rapport d'examen du 19.06.2017, le MA de [...] conclut à un état stabilisé et à une CT [capacité de travail] exigible de 100 % dans une activité adaptée chez cette assurée droitrière (Dossier [...] 16.11.2017, y compris courrier de la P. _____ SA à l'assurée du 20.07.2017 dans lequel il signale la fin du versement des indemnités journalières avec effet au 31.08.2017).

Il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de la P. _____ SA, d'autant moins qu'au plan psychique seul un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive (F43.21) a été retenu (GED Dossier [...], rapport du Service de psychosomatique de la Clinique B. _____ du 30.09.2016). »

Le 25 juillet 2019, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de refus de rente d'invalidité. Il était constaté que l'incapacité de travail demeurait entière dans l'exercice de l'activité habituelle de serveuse-gérante dans une pizzeria depuis le 17 décembre 2014 mais que, depuis septembre 2017, une pleine capacité de gain était à nouveau exigible dans l'exercice d'une activité adaptée à son état de santé. Celle-ci devait tenir compte des limitations fonctionnelles en n'imposant pas de port de charges égales ou supérieures à 5 kg, de mouvements répétés du membre supérieur gauche ni de travaux nécessitant une dextérité fine ou des gestes de préhensions délicats avec la main gauche. Tel était le cas d'activités simples dans le domaine industriel léger, par exemple ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans l'usinage sur machines pré-réglées, opératrice de production (conditionnement, montage, emballage, préparation de commandes, contrôle de qualité). Le degré d'invalidité, calculé par comparaison du revenu que l'assurée aurait réalisé en 2017 si elle était en bonne santé avec celui auquel elle peut

prétendre dans l'activité adaptée calculé sur la base des salaires statistiques avec un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles, s'élevait à 5.58 % et n'ouvrait pas de droit à une rente d'invalidité. Ainsi, même en reconnaissant un degré d'invalidité de 100 % à la fin du délai d'attente d'une année, le 16 décembre 2015, le droit à la rente s'éteignait trois mois après l'amélioration de la capacité de travail dans une activité adaptée, le 31 décembre 2017, de sorte qu'à l'écoulement du délai de six mois depuis le dépôt de la demande, le 1^{er} mars 2018, le degré d'invalidité n'ouvrait plus de droit à une rente AI.

L'assurée, représentée désormais par Me Yann Jaillet, s'est opposée au projet de décision précité le 7 août 2019. Elle a fait valoir que l'OAI avait seulement tenu compte des douleurs et restrictions liées à la main, en omettant la problématique des lésions à la colonne vertébrale. Exposant que son état de santé n'était pas stabilisé mais continuait à se détériorer, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire dans la mesure où le Dr D._____ faisait mention d'une dépression clinique. Elle s'appuyait sur un compte-rendu de traitement en ergothérapie établi le 8 septembre 2017, où l'ergothérapeute déconseillait la reprise du travail en raison de l'état et des douleurs à la main gauche et suggérait la prescription d'antidépresseurs en raison de l'impact des douleurs sur le moral et le sommeil de sa patiente, ainsi que sur un rapport établi le 27 juin 2019 par le Dr D._____, dans lequel ce médecin exposait en particulier ce qui suit :

« La situation de cette patiente est assez complexe et des traitements médicaux ne sont pas capables de la soulager. Dans un contexte déjà assez difficile dans les suites d'une opération au rachis cervicale compliquées par une incapacité fonctionnelle du membre supérieure droit pendant environ 3 ans, la patiente, à la date du 17.12.2014, tombe avec réception directe de tout son poids sur son poignet gauche et sa main et répercussion sur les épaules et le cou.

Pour soulager les douleurs du poignet gauche une neurolyse au niveau du tunnel carpien gauche a été effectué le 27.04.2016. Malheureusement, la patiente développe ensuite un syndrome complexe, à type CRPS, caractérisé par une impotente fonctionnelle plus importante qu'avant l'opération de la main et du membre supérieure gauche, toujours présente.

Un récent bilan au niveau de la colonne montre aussi des lésions dégénératives multi-étages du rachis cervical.

La patiente a des douleurs aux 4 membres, probablement liées aux lésions dégénératives du rachis et un syndrome polymyalgique non traitable. Tous essais thérapeutiques à ce jour se sont avérés pas efficaces et plutôt nocif. C'est la raison pour laquelle la patiente présente une dépression clinique évidente.

Dans ces conditions, aucune réinsertion/adaptation du travail est envisageable, et la patiente est à notre avis invalide à 100%. »

Instruisant sur cette opposition, l'OAI s'est fait remettre le résultat d'une IRM du poignet, de l'avant-bras et du coude gauches effectuée le 4 avril 2017, concluant à l'absence de compression du nerf médian et du nerf radial, ainsi qu'à l'absence d'œdème osseux suspect du carpe ou de l'avant-bras distal.

Dans un rapport du 23 juillet 2020, le Dr W._____, médecin généraliste traitant de l'assurée, a exposé que, dans la mesure où sa patiente se plaignait d'une douleur massive et persistante dans la région de la nuque et du bras gauche, il avait demandé une IRM cervicale, effectuée le 11 octobre 2017, puis avait adressé l'assurée au Dr E._____, spécialiste en neurochirurgie. Ce dernier avait préconisé une décompression chirurgicale de la racine C6 gauche, mais l'assurée avait refusé l'intervention. Le Dr W._____ expliquait ce refus par le fait que le Dr D._____, qui évoquait de manière erronée dans son dernier rapport une opération au niveau cervical antérieure à l'accident, avait opéré inutilement le tunnel carpien et avait omis de s'intéresser aux problèmes cervicaux, laissant l'assurée subir des douleurs durant des années. La persistance de cette souffrance avait entraîné un état dépressif. Dans ce contexte, il était illusoire d'attendre une quelconque aptitude au travail. Il joignait en particulier les documents suivants :

- Le résultat d'une IRM cervicale et de deux radiographies cervicales obliques effectuées le 12 octobre 2017, constatant un rétrécissement morphologiquement significatif du trou de conjugaison gauche C5-C6 sur uncarthrose et hernie discale latérale gauche modérée, susceptible d'irriter la racine C6 gauche, ainsi qu'une

discopathie dégénérative et relâchements discaux de C3 à C5 mais sans hernie significative à ces niveaux, sans œdème osseux ni tassement vertébral.

- Un rapport établi le 7 décembre 2017 par le Dr E._____, dans lequel ce médecin posait les diagnostics de cervicobrachialgie gauche, de status post opération du tunnel carpien en 2016 et de douleurs cervicales chroniques et préconisait une intervention chirurgicale pour laquelle l'assurée était hésitante.

- Un rapport d'IRM de la colonne lombaire du 6 mai 2019, concluant à des altérations inflammatoires articulaires et surtout périarticulaires, L4 à L5 et L5 à S1 du côté gauche, pouvant bien entraîner la symptomatologie douloureuse de la patiente, mais pas de nette contrainte radiculaire.

Le 28 septembre 2020, examinant les nouveaux rapports médicaux versés au dossier, le SMR a conclu comme suit :

« Nous sommes devant la situation d'une assurée qui est à sa 4^{ème} demande AI. La 3^{ème} demande a été faite pour cervicalgies chroniques, un syndrome douloureux chronique somatoforme, un état dépressif et des gonalgies gauche. Il est conclu à une CTAA [capacité de travail dans l'activité habituelle] de 100 % avec les LF [limitations fonctionnelles] suivantes : pas de port de charge de plus de 5 kg, pas de position statique de la nuque, pas de travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontal, activités statiques assis ou debout limitées à 2h, pas de mouvements répétés du bras gauche, pas d'hyperflexion ou hyperextension de la nuque, pas de port de charge en terrain irrégulier, pas de montée/descente répétée d'escalier, éviter les positions à genoux ou accroupie. Cette décision est entrée en force.

Cette 4^{ème} demande est motivée par des douleurs du poignet gauche déjà connu à la suite d'une chute (en 2014) puis par la suite en post-op[ératoire] d'une cure de tunnel carpien gauche en 2016. La [...] à conclure à une CTAA de 100 % avec les LF suivantes : le port de charges supérieures à 5 kg, les mouvements répétés et tous les métiers qui impliquent une dextérité fine ou des gestes de préhension délicate avec sa main G[auche]. Ce qui était déjà partiellement repris lors de la 3^{ème} décision.

Au vu des éléments apportés, il n'est pas mis en évidence une aggravation de la situation. On peut reprendre les conclusions du

rapport SMR GED 12/03/2018 avec une CTAA de 100 % avec comme LF : port de charges supérieures à 5 kg, les mouvements répétés et tous les métiers qui impliquent une dextérité fine ou des gestes de préhension délicate avec sa main G, pas de port de charge de plus de 5 kg, pas de position statique de la nuque, pas de travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontal, activités statique assis ou debout limitées à 2h, pas de mouvements répétés du bras gauche, pas d'hyperflexion ou hyperextension de la nuque, pas de port de charge en terrain irrégulier, pas de montée/descente répétée d'escaliers, éviter les positions à genoux ou accroupie. »

Par décision du 27 octobre 2020, l'OAI a confirmé sa décision de refus de rente d'invalidité. Dans un courrier du même jour, il a donné connaissance à l'assurée de l'avis du SMR précité et constaté qu'elle n'avait apporté aucun élément médical permettant de s'écarter de cette appréciation.

F. Par acte du 3 décembre 2020, toujours représentée par Me Jaillot, H. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision de l'OAI du 27 octobre 2020, concluant principalement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction, subsidiairement à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité de 50 % au minimum lui est versée à partir du 1^{er} septembre 2018. Elle a fait valoir que la problématique de ses douleurs à la nuque n'avait pas été prise en compte et que les investigations de l'OAI devaient être complétées sur ce point ainsi que sur son état dépressif. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comprenant une évaluation sur le plan psychologique et produit en particulier les documents suivants :

- Un rapport d'IRM de la colonne totale effectuée le 22 septembre 2020, concluant comme suit :

- « Pas de conflit radiculaire sur tous les segments du rachis.
- Petites hernies discales médianes C5-C6 et L5-S1 sur discarthroses et petite hernie discale médiane D1-D2 sur discopathie, toutes sans conflit radiculaire.
 - Multiples protrusions discales planes autant au niveau cervical, dorsal que lombaire.
 - Hémangiome vertébral s'étendant dans l'arc vertébral droit de D11 et surtout dans L4.
 - Troubles statiques avec cyphoscoliose cervico-thoracique et lordose lombo-sacrée accentuée. »

- Le courrier du 11 novembre 2020 par lequel le Dr W._____ a adressé l'assurée à la Dre A._____, spécialiste en neurologie, afin de lui demander « un diagnostic claire pour distinguer si les douleurs dont la patiente se plaint sont résultat d'un problème au niveau cervicale ou si on doit plutôt chercher le problème au niveau du tunnel carpien respectivement dans le contexte d'une maladie de Sudeck qui persiste maintenant depuis plus que 5 années ».

Dans sa réponse du 4 mars 2021, l'intimé a proposé le rejet du recours, en relevant que sa décision se fondait sur un avis du SMR tenant compte de l'ensemble de toutes les atteintes à la santé de la recourante. Il a joint à son écriture un nouvel avis du SMR établi le 8 février 2021, dans lequel le médecin conseil indiquait avoir pris connaissance du rapport d'IRM du 22 septembre 2020 ainsi que du rapport médical du Dr W._____ du 11 novembre 2020 et concluait à l'absence de fait médical nouveau permettant de modifier la position du SMR.

Par courrier de son conseil du 18 mai 2021, la recourante a réitéré sa réquisition tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Elle a produit ultérieurement un rapport établi le 29 juin 2021 par le Dr D._____ à l'intention d'un confrère rhumatologue, dans lequel il mentionnait que l'intéressée l'avait consulté pour des douleurs aux quatre membres allant en augmentant. Ce médecin relevait que, malgré la persistance d'une diminution de la force et de la capacité fonctionnelle de sa main gauche, associée à des douleurs paroxystiques et non plus continues, l'évolution locale était lentement favorable, mais que chaque effort semblait se compliquer par des douleurs aux quatre membres, des céphalées et des douleurs au rachis, chaque nerf et chaque muscle de son corps semblant sensible et enflammé. Il précisait en outre qu'il préconisait la reprise du suivi psychiatrique que sa patiente avait interrompu par sa propre volonté depuis quelques mois.

Par courrier du 4 août 2021, l'intimé a maintenu sa proposition de rejet du recours, en joignant un avis du SMR du 2 août 2021. Ledit avis prenait acte du rapport médical du 29 juin 2021 précité et concluait à l'absence d'éléments médicaux nouveaux objectifs non pris en compte lors de son instruction.

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. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, en particulier sur sa capacité de travail dans une activité adaptée, dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations déposée le 12 décembre 2017.

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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

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

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente -

qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 consid. 3 et les références citées). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la 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.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

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 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) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

c) Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2^{bis} LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI. Par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ces rapports ne sont toutefois pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

5. En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la demande de prestations déposée par la recourante le 12 septembre 2017 en raison

d'atteintes nouvelles à son bras et à son poignet gauches. Il a admis que ces nouvelles atteintes entraînaient une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de serveuse-gérante d'une pizzeria, mais a conclu qu'elle conservait une capacité de travail complète dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. La recourante conteste pour sa part présenter une telle capacité de travail résiduelle, plaidant que l'intimé n'a pas tenu compte de ses douleurs à la nuque et n'a pas investigué sur le plan psychiatrique.

a) Sur le plan somatique, l'intimé a établi son projet de décision du 25 juillet 2019 en se fondant sur l'avis SMR du 12 mars 2018 pour admettre, à l'instar de l'assurance-accidents, l'existence d'atteintes invalidantes au poignet et à la main gauches entraînant des limitations fonctionnelles. A cet égard, il convient de relever que, dans son avis, le SMR reprenait les conclusions de l'assurance-accidents. Celles-ci ont été confirmées par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal dans son arrêt du 21 août 2020, dès lors qu'aucune pièce médicale ne venait objectivement jeter le doute sur les constatations médicales fondant la décision de l'assurance-accidents. L'assurée avait en particulier fait l'objet d'examens médicaux par son médecin d'arrondissement, lesquels tenaient compte notamment des rapports établis au cours du séjour de l'assurée à la Clinique B. _____ (AA 125/19 - 129/2020 consid. 7).

Ces éléments ne sont désormais plus remis en cause par la recourante et les dernières pièces médicales versées au dossier ne font pas état de nouvelles limitations ou d'une aggravation de ces atteintes, restées stables depuis 2017 à tout le moins. Ainsi, il y a lieu de retenir, à l'instar de l'intimée, que les atteintes au poignet et au bras gauches entraînent les limitations fonctionnelles suivantes : port de charges égales ou supérieures à 5 kg, mouvements répétés du membre supérieur gauche, travaux nécessitant une dextérité fine ou des gestes de préhensions délicats avec la main gauche.

b) S'opposant au projet de décision, la recourante a fait valoir que les limitations fonctionnelles retenues par l'intimé ne tenaient pas

suffisamment compte de ses douleurs à la nuque, en produisant de nouveaux rapports médicaux. Elle maintient sa position dans son recours, nonobstant l'instruction complémentaire opérée notamment sur la base des documents médicaux qu'elle a produits.

Il convient de relever en premier lieu que la recourante est connue de longue date pour des atteintes dégénératives du rachis, notamment cervical. Ces atteintes ont en effet motivé la première demande de prestations de la recourante, en janvier 2010 déjà. L'instruction de cette demande avait montré que la recourante souffrait de cervicalgies et de discopathies pluri-étagées, ainsi que d'une discopathie C5-C6 avec hernie discale médiane et paramédiane gauche. L'intimé avait alors reconnu, dans sa décision du 15 avril 2010, une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de préparatrice de commande et retenu les limitations fonctionnelles suivantes : port de charge de plus de 5 kg, la position statique de la nuque et les travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale. La deuxième demande, déposée en novembre 2011, était fondée sur les mêmes atteintes au rachis et l'OAI avait constaté, dans sa décision du 31 mai 2013, que cette problématique était restée stable. Ces deux décisions successives n'ont pas été contestées par la recourante, qui a du reste pu ensuite reprendre une nouvelle activité professionnelle.

Cela étant, les rapports médicaux obtenus de l'assurance-accidents montrent que la problématique des douleurs à la nuque a été rapidement prise en compte par l'ensemble des médecins qui se sont penchés sur la recourante ensuite de l'accident à l'origine des atteintes nouvelles au bras et au poignet gauches. En effet, alors qu'elle avait expliqué à l'assurance-accidents, lors d'un entretien du 8 mai 2015, que la hernie discale qu'elle présentait depuis 2009 s'était stabilisée grâce au fitness, il apparaît que, dans son rapport du 11 avril 2016 déjà, le Dr J._____ a mentionné le diagnostic de troubles dégénératifs de la colonne cervicale, en lien avec une hernie discale diagnostiquée en 2009, et a relevé que les douleurs à la nuque de la recourante avaient diminué à la suite d'infiltrations effectuées en janvier 2016. Puis, le Dr D._____ a

posé, dans son rapport de consultation-bilan établi trois mois après l'intervention sur le tunnel carpien, le diagnostic de douleurs neuropathiques chroniques au niveau du membre supérieur gauche et de la tête/nuque, ainsi que de douleurs chroniques du poignet gauche. Ainsi, même si elles n'ont pas fait l'objet de constatations particulières parce qu'elles étaient en lien avec les douleurs au bras gauche, les douleurs au niveau de la nuque étaient mentionnées dans le dossier de l'assurance-accidents dès 2015 à tout le moins.

Par la suite, lors du séjour de la recourante à la Clinique B._____ à fin 2016, l'existence de lombalgies et cervicalgies chroniques ont été constatées. Les dires de la recourante en lien avec ces douleurs ont été relevées, à savoir que ses douleurs au niveau de la nuque augmentaient au port de charges et lors d'exercices prolongés. A ce propos, les médecins de la Clinique B._____ ont constaté l'existence de facteurs contextuels influençant négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par la recourante. Cependant, l'examen neurologique de la tête et du cou a révélé une morphologie normale, avec mobilisation cervicale douloureuse, limitée dans toutes les directions sans provocation de réelles cervico-brachialgies ni de signe de Lhermite. Ainsi, les limitations fonctionnelles déterminées à l'issue du séjour de la recourante tenaient compte de l'ensemble de ses atteintes à la santé, y compris de ses douleurs cervicales.

De même, dans son rapport du 4 mai 2017, bien qu'il ait qualifié la recourante de patiente sympathique mais geignarde, le Dr Q._____ a constaté, au niveau de la nuque, une mobilité modérément limitée, avec une mobilisation un peu sensible localement mais sans provocation de douleurs ou de paresthésies au niveau des membres supérieurs. Réexaminant la recourante le 19 juin 2017 pour l'assurance-accidents, le Dr J._____ a confirmé, entre autres, le diagnostic de cervicalgies chroniques et a déterminé des limitations fonctionnelles en relation avec l'ensemble des diagnostics posés (activité pratiquement monomanuelle droite, devant éviter le porte de charges supérieures à 5 kg, les mouvements répétés et tous les métiers qui impliquent une

dextérité fine ou des gestes de préhension délicate avec la main gauche), en ajoutant que des facteurs non organiques jouaient un rôle dans l'évolution du cas, chez une patiente très démonstrative avec une tendance à la catastrophisation.

Puis, dans son rapport du 28 février 2018, le Dr D. _____ a signalé non seulement la problématique du bras et de la main gauche, mais également le diagnostic d'hernie cervicale C5-C6. S'il n'a pas détaillé celles qui étaient liées aux bras et poignet gauches et celles qui étaient liées à la hernie cervicale, il a cependant retenu des limitations fonctionnelles étendues. Ce médecin a ensuite exposé, dans son rapport du 27 juin 2019, que les atteintes générées par l'accident avaient eu des répercussions au niveau des épaules et du cou, la persistance des douleurs au bras gauche étant mises en lien avec les lésions dégénératives multi-étagées du rachis cervical, montrées par un récent bilan de la colonne. Le Dr D. _____ a ainsi fait valoir que les douleurs cervicales et brachiales de la recourante ressortaient d'un seul et même contexte médical. Il n'a cependant pas décrit les limitations fonctionnelles dans ce dernier rapport.

C'est sur la base notamment de l'ensemble des rapports médicaux précité, que le SMR a constaté dans son avis du 28 septembre 2020 que les douleurs cervicales étaient connues de longue date et que la situation telle que déterminée à l'issue de l'instruction des précédentes demandes de prestations déposées par la recourante n'avait pas évolué. Ainsi, le SMR a conclu que les limitations fonctionnelles déterminées à l'époque restaient valables, de même que la capacité de travail de 100 % dans une activité tenant compte de ces limitations. Il a dès lors établi la liste des limitations fonctionnelles tenant compte de l'ensemble des atteintes, à savoir : le port de charges supérieures à 5 kg, les mouvements répétés, tous les métiers qui impliquent une dextérité fine ou des gestes de préhension délicate avec la main gauche, la position statique de la nuque, les travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, la limitation à deux heures des activités statiques assis ou debout, les mouvements répétés du bras gauche, l'hyperflexion ou

l'hyperextension de la nuque, le port de charge en terrain irrégulier, la montée/descente répétée d'escaliers, ainsi que les positions à genoux ou accroupie.

Par ailleurs, les pièces médicales déposées ultérieurement au dossier par la recourante confirment que ses douleurs cervicales sont anciennes. En particulier, dans son rapport du 23 juillet 2020, le Dr W. _____ évoquait des douleurs chroniques et neuropathiques au cou et au bras gauches existant dès 2016 ; il avait sollicité une IRM cervicale en octobre 2017, motivée par des douleurs importantes de longue date mais en exacerbation dans la région cervicale et du bras gauche, puis avait dirigé sa patiente vers un neurochirurgien. Celui-ci avait posé les diagnostics de cervicobrachialgie gauche, de status post opération du tunnel carpien en 2016 et de douleurs cervicales chroniques en précisant que la situation perdurait depuis 2015 et avait préconisé une intervention que la recourante avait toutefois refusée. Le Dr W. _____ précisait que cette intervention n'était plus utile aujourd'hui car les dégâts sur les nerfs coincés étaient probablement devenus trop importants, suppositions toutefois non confirmées par des examens médicaux. Il est donc manifeste que la problématique existe de longue date et qu'il ne s'agit pas d'un élément nouveau.

Le Dr W. _____ a encore sollicité deux autres IRM, en mai 2019 puis en septembre 2020, dont il a pu tenir compte dans ses rapports du 23 juillet 2020, respectivement du 11 novembre 2020. Ces deux IRM font état d'altérations inflammatoires articulaires pouvant expliquer les douleurs, mais ne montrent pas de conflit radiculaire. Sur cette base, le Dr W. _____ a conclu qu'aucune aptitude au travail ne peut être attendue de l'assurée, sans toutefois décrire les limitations fonctionnelles induites par son état de santé. Il n'a pas non plus déclaré que les limitations fonctionnelles retenues par l'intimé, respectivement le SMR, étaient insuffisantes pour tenir compte des atteintes de la recourante. Au demeurant, la question qu'il pose à la fin de son rapport du 22 septembre 2020, suggère que ce médecin ignore si ces douleurs sont le résultat d'un problème au niveau cervical ou relèvent d'un syndrome de Sudeck

persistant depuis cinq ans et qu'il tente diverses appréciations médicales d'une même situation déjà connue pour essayer de soulager sa patiente. En d'autres termes, le Dr W._____ n'a pas mis en évidence l'existence d'une nouvelle pathologie et a évoqué, au même titre que les autres médecins et spécialistes qui ont examiné la recourante, une situation connue de longue date.

Cependant, si le SMR n'a, semble-t-il, pas eu connaissance des résultats de l'IRM de mai 2019, il a en revanche tenu compte du rapport médical du Dr W._____ du 23 juillet 2020 dans son avis du 28 septembre 2020. En outre, il a eu connaissance tant de l'IRM effectuée en septembre 2020 que du rapport du Dr W._____ du 22 septembre 2020 au moment d'établir son avis du 8 février 2021. Le SMR a considéré que ces derniers documents n'apportaient pas d'élément nouveau, par rapport à la situation qui prévalait lors des deux premières demandes d'AI, et confirmé que les limitations fonctionnelles déterminées à l'époque restaient les mêmes. Par conséquent, force est de constater que les atteintes cervicales ont été bien prises en compte par l'intimé dans la décision litigieuse et qu'aucun rapport médical au dossier ne pose un diagnostic précis qui n'aurait pas été investigué ou qui fixerait d'autres limitations fonctionnelles en relation avec les douleurs à la nuque. A cet égard, l'appréciation du SMR correspond aux rapports médicaux au dossier et peut donc être approuvée.

c) Sur le plan psychiatrique, il apparaît que la recourante n'a fourni aucun rapport médical d'un spécialiste dans ce domaine et qu'elle n'en consulte pas. Certes, le consilium psychiatrique de la Clinique B._____ avait conclu à un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive (F43.21), mais ni médication psychotrope, ni suivi psychothérapeutique n'avaient paru nécessaires. Il n'était par ailleurs pas suggéré que ce trouble engendrait des limitations fonctionnelles supplémentaires, ni ne justifiait une incapacité de travail. Cette problématique est également régulièrement citée par les médecins traitants de la recourante, mais ceux-ci n'ont toutefois pas non plus préconisé la mise en place d'un traitement ni n'ont fait état de limitations

fonctionnelles en lien avec ce diagnostic. En particulier, le Dr D._____ a évoqué une dépression clinique dans son rapport du 27 juin 2019, sans toutefois l'étayer. Il en va de même des remarques de la rééducatrice quant au moral de la recourante dans son rapport de septembre 2017, qui ne reposent pas sur un constat médical. Il en découle que ce trouble n'est manifestement pas d'une gravité susceptible de causer une invalidité. Il convient par ailleurs de relever que le SMR a mentionné les conclusions de la Clinique B._____ sur la problématique psychiatrique dans son évaluation de mars 2018 et qu'il a pris en considération cet aspect tel qu'il résulte du dossier. Faute d'élément médical remettant en cause l'appréciation du psychiatre de la Clinique B._____ et les conclusions du SMR à ce propos, aucune atteinte psychiatrique invalidante ne peut être retenue.

d) Il y a ainsi lieu de constater que la capacité de travail résiduelle de la recourante a été déterminée par l'intimé en tenant compte de l'ensemble de la situation médicale et qu'elle peut être confirmée.

Pour le surplus, la recourante n'a soulevé aucun grief en relation avec le calcul du degré d'invalidité, ne remettant en particulier pas en cause les revenus avec et sans invalidité retenus par l'intimé. Ce calcul peut ainsi être approuvé sans plus ample examen.

6. A titre de mesure d'instruction, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire pluridisciplinaire.

A cet égard, et comme démontré plus avant, les éléments au dossier sont convergents et suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de renoncer à requérir un complément d'instruction sous la forme d'une telle expertise. Par conséquent, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de la recourante. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144

II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse 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 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

c) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Yann Jailliet peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 24 juillet 2021, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 1414 fr. 70, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

La partie 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). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 27 octobre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité de Me Yann Jaillet, conseil d'office de H._____, est arrêtée à 1414 fr. 70 (mille quatre cent quatorze francs et septante centimes), débours et TVA compris.
- VI. Le 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, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office provisoirement mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Yann Jaillet (pour H._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :