

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 février 2024

Composition : M. WIEDLER, président
M. Piguet et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], en Suisse depuis 1999, sans formation certifiée, travaillait depuis le mois d'août 2000 en tant que nettoyeuse d'entretien à plein temps pour le compte de [...] SA.

Le 29 décembre 2019, l'assurée est touchée à l'épaule droite par une grille métallique qui s'est détachée du plafond, 3 mètres plus haut. Elle a subi une fracture du tiers moyen comminutive de la clavicule droite, qui a été réduite et ostéosynthésée le 30 décembre 2019 (cf. protocole opératoire du Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). La Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : la CNA), assureur-accidents de l'employeur, a pris en charge le cas.

Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) pratiquée le 15 avril 2020 a mis en évidence une petite bursite sous-acromio-deltoïdienne d'allure inflammatoire, associée à des signes d'inflammation de l'articulation acromio-claviculaire, avec composante d'épanchement et d'œdème, avec rehaussement capsulaire à ce niveau, une discrète tendinopathie superficielle du tendon supra-épineux sans composante transfixiante et l'absence d'épanchement articulaire, une capsulite propre de l'épaule n'étant pas souvent associée à des signes radiologiques. Des radiographies des 24 avril et 5 juin 2020 ont révélé que la fracture était en voie de consolidation, sans déplacement secondaire du matériel. Dans un rapport du 1^{er} mai 2020 à la CNA, le Dr U._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que les suites post-opératoires immédiates avaient été favorables avec des douleurs mécaniques apparues depuis la 4^{ème} semaine post-opératoire. L'assurée avait arrêté les séances de physiothérapie par crainte des douleurs. Sur le plan radiologique, les radiographies standards montraient une fracture en voie de consolidation avec un matériel d'ostéosynthèse en place. Le bilan avait été complété par une IRM le 15 avril 2020 qui n'avait pas retrouvé d'autre lésion

ostéoarticulaire, ni d'argument pour une capsulite rétractile, en particulier pas de comblement du récessus axillaire, mais avait mis en évidence une petite bursite sous-acromio-deltaïdienne, d'allure inflammatoire. Le Dr U. _____ ne retrouvait pas à l'examen clinique ou à l'imagerie de lésion pouvant expliquer les douleurs et sollicitait un avis pour l'antalgie.

Le 9 juillet 2020, la CNA a adressé une demande de prestations à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour le compte de l'assurée, en raison de l'incapacité de travail consécutive à l'accident du 29 décembre 2019.

En novembre 2020, l'OAI s'est vu remettre une copie du dossier constitué par la CNA, comprenant notamment un rapport d'évaluation interdisciplinaire établi le 24 juillet 2020 par la Clinique N. _____ (ci-après : Clinique N. _____). Les médecins ont retenu les diagnostics de fracture comminutive de la clavicule droite, fermée, survenue le 29 décembre 2019, ostéosynthésée par plaque le 30 décembre 2019 (Z87.8), de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21), d'autre trouble anxieux spécifié (avec symptômes proches de l'état de stress post-traumatique) (F41.8) et d'évolution probable vers une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Ils ont constaté que l'assurée ne collaborait pas à l'évaluation des capacités fonctionnelles, celle-ci se limitant à ce qu'elle pensait pouvoir faire et ne montrant pas ses capacités physiques maximales. Le pronostic de retour au travail fondé uniquement sur la base des constatations médicales objectives devait être bon, au vu de la fracture consolidée sept mois après l'accident. Les médecins ont toutefois relevé des facteurs défavorables à la réinsertion : une auto-perception d'un handicap élevé avec une cotation des douleurs en permanence à 80/100 à l'EVA, une exclusion fonctionnelle du membre supérieur droit avec un processus d'invalidation en cours, un enkystement dans ce syndrome douloureux, un catastrophisme sous forme de croyances bien ancrées d'une atteinte grave à sa santé, un pronostic pessimiste en l'avenir, un désinvestissement dans les activités quotidiennes déléguées à l'entourage familial, une kinésiophobie, un

terrain socioéconomique également défavorable. Dans un rapport du 30 septembre 2020, le Dr T._____, spécialiste en angiologie, a rapporté les résultats du bilan artériel et veineux réalisé qui n'avait pas révélé la présence de thrombose veineuse ni d'origine veineuse ou artérielle de la symptomatologie. La Dre K._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a estimé, dans un avis du 5 octobre 2020, que s'agissant des suites de l'événement du 29 décembre 2019, la capacité de travail de l'assurée était entière comme femme de ménage dès à présent. La fracture était consolidée et une ablation du matériel d'ostéosynthèse n'était pas susceptible d'améliorer l'état douloureux, lequel ne reposait sur aucun substrat organique. Il n'y avait plus de traitement en lien avec l'événement qui pourrait améliorer l'état de santé.

Dans un rapport du 28 janvier 2021 adressé à l'OAI, le Dr U._____ a indiqué que, sur le plan orthopédique, la récupération aurait pu être complète à trois mois post-opératoire, mais qu'il était alors dans l'attente des examens neurologiques pour un éventuel nouveau diagnostic. En l'absence de sollicitation du bras droit, toute activité était adaptée.

Le 6 avril 2021, le Dr C._____, spécialiste en neurologie, a posé le diagnostic de troubles fonctionnels neurologiques douloureux et préconisé une prise en charge psychothérapeutique. Il a renvoyé pour le surplus à un rapport du 4 février 2021, dans lequel il retenait le diagnostic d'absence de démonstration de neuropathie tronculaire, de plexopathie brachiale ou de radiculopathie C7-T1 participant à l'impotence douloureuse du membre supérieur droit, et celui de forte suspicion de troubles fonctionnels moteurs, sensitifs et douloureux du membre supérieur droit. Il rapportait que l'examen clinique - compliqué par l'importance des douleurs et la collaboration suboptimale - n'avait pas révélé de signe objectif de dysfonction neurologique et que l'examen électrophysiologique ne démontrait aucune anomalie. L'assurée ne réagissait toutefois pas aux stimulations électriques douloureuses à droite. Le neurologue avait expliqué à l'assurée et son époux qu'il suspectait la présence d'un trouble fonctionnel neurologique complexe, soit une

production inconsciente, souvent en relation avec un traumatisme psychologique ancien, diagnostic auquel ils ne s'étaient pas montrés réceptifs. Le neurologue avait exposé qu'une amélioration n'était possible qu'après acceptation du diagnostic.

Suivant l'avis du SMR du 5 janvier 2022, l'OAI a informé l'assurée qu'une expertise psychiatrique paraissait nécessaire (cf. courrier du 22 février 2022).

Après avoir vu l'assurée le 31 mars 2022, le Dr W. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rendu son rapport le 9 juin 2022. Il a retenu les diagnostics incapacitants de troubles de l'adaptation, avec réaction dépressive prolongée (F43.21), d'accentuation de certains traits de personnalité, traits de personnalité dépendants (Z73.1) et d'autres troubles anxieux spécifiés (F41.3). Les troubles de l'adaptation faisaient suite, de façon très précise, à l'événement du 29 décembre 2019. L'expert a écarté les diagnostics de trouble dépressif récurrent, de troubles affectifs bipolaires et d'agoraphobie. S'agissant de la personnalité de l'assurée, elle n'était pas considérée comme pathologique, raison pour laquelle seuls des traits de personnalité ont été retenus par l'expert, celui-ci relevant que l'assurée avait fonctionné durant de nombreuses années. L'expert a également exclu le diagnostic d'état de stress post-traumatique au motif que les critères diagnostics n'étaient pas réalisés, notamment le caractère d'événement catastrophe. L'expert n'a pas retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, les douleurs chroniques présentes n'étant pas accompagnées de sentiment de détresse. Si une sollicitation accrue de l'entourage existait, elle devait être mise en lien avec le contexte d'accentuation de certains traits de personnalité, du refus de connaître certains diagnostics ou de se laisser examiner, alors que les mouvements du bras droit étaient aisés lorsque l'assurée ne se sentait pas observée. Cela sous-entendait une part intentionnelle de l'expression douloureuse. Un examen neuropsychologique réalisé le 14 mai 2022 avait mis en évidence des scores inférieurs à la norme dans tous les domaines investigués (langage, gnosies visuelles, mémoire, raisonnement, attention). L'assurée avait échoué à tous les tests de validation des

performances. Compte tenu des résultats de ces tests et du profil mnésique atypique, les scores obtenus à l'examen ne reflétaient vraisemblablement pas les capacités réelles de l'assurée et parlaient en faveur de difficultés de mobilisation des ressources cognitives, voire d'un effort cognitif autolimité. L'expert a retenu que les limitations fonctionnelles étaient en rapport avec les troubles cognitifs, à savoir la baisse de persévérance, les difficultés d'intégration des informations, le trouble de l'attention léger, ainsi que la fatigue et la fatigabilité. Ces limitations étaient à replacer dans le contexte d'une possible exagération des atteintes. L'expert a considéré que l'activité habituelle était adaptée et que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail, hormis durant une période de six mois depuis l'accident du 29 décembre 2019.

Dans un avis du 12 juillet 2022, le SMR a retenu que l'assurée présentait comme atteinte principale un statut post accident professionnel le 29 décembre 2019 avec fracture de la clavicule traitée par ostéosynthèse et des troubles de l'adaptation réactionnels. Elle avait été totalement incapable de travailler depuis son accident mais disposait d'une pleine capacité de travail dans toutes activités dès le 5 octobre 2020. Elle présentait les limitations fonctionnelles suivantes : travail répétitif, sans prise de décision immédiate, sans traitement d'informations simultanés. Le SMR a encore fait état des incohérences relevées par les médecins et retenu que la faible maîtrise du français, le faible niveau d'instruction et l'absence de formation étaient des facteurs sortant du champ médical.

Dans un projet de décision du 26 juillet 2022, l'OAI a informé l'assurée de son intention de refuser de prester. L'assurée avait présenté une incapacité de travail et de gain du 29 décembre 2019 au 4 octobre 2020. Depuis le 5 octobre 2020, elle était à nouveau capable de travailler dans son activité habituelle ou dans toutes autres activités adaptées à sa situation professionnelle. Elle ne présentait pas de perte de gain et n'avait donc pas de droit à des prestations de l'assurance-invalidité. En outre, l'assurée n'avait pas présenté une incapacité de travail et de gain d'au moins 40 % en moyenne durant une année au moins.

Le 30 août 2022, l'assurée a transmis à l'OAI des certificats médicaux établis par le Dr [...], médecin traitant, qui mentionnait qu'elle était en arrêt de travail du 1^{er} juillet 2020 au 31 juillet 2022. Elle a également sollicité un délai pour prendre position sur le projet de décision.

Le 8 septembre 2022, l'OAI a accordé à l'assurée un délai au 7 octobre 2022 pour faire part de ses objections, précisant qu'il prendrait position à cette échéance en se fondant sur les éléments en sa possession.

Par décision du 13 octobre 2022, l'OAI a refusé de prêter en faveur de l'assurée, conformément à son projet de décision. Dans un courrier du même jour adressé à l'assurée, l'OAI a constaté qu'elle n'avait apporté aucun élément susceptible de mettre en doute sa position.

B. Par acte du 12 novembre 2022, A._____ a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, concluant en substance à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité et à la mise en œuvre d'une expertise neutre. Elle s'est prévaluée d'un manque de motivation de la décision litigieuse, critiquant des conclusions « aberrantes et infondées » sur lesquelles l'OAI s'est fondé. Elle a soutenu que l'examen de son dossier était trop sommaire et que les médecins intervenus étaient rares, de sorte qu'une expertise neutre se justifiait. La recourante a, en outre, requis le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Le 17 novembre 2022, la demande d'assistance judiciaire de la recourante a été rejetée par le juge instructeur d'alors.

Par réponse du 13 décembre 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a relevé que la recourante avait été examinée à de nombreuses reprises, tant sur le plan somatique que psychique, par divers spécialistes et avait notamment bénéficié d'une prise en charge

pluridisciplinaire à la Clinique N. _____ puis d'une expertise psychiatrique.

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. La recourante reproche tout d'abord à l'intimé de ne pas avoir motivé la décision, se prévalant ainsi d'une violation du droit d'être entendu. De nature formelle, ce grief doit être analysé en premier lieu.

a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer

en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

b) En l'espèce, la décision litigieuse expose les motifs qui ont guidé l'autorité intimée et sur lesquels elle s'est fondée. Elle est en outre accompagnée d'une lettre du même jour dans laquelle l'OAI explique davantage sa position. La décision entreprise est ainsi suffisamment explicite et il n'y a pas lieu de constater un défaut de motivation. Quoiqu'il en soit, l'autorité de céans dispose d'un plein pouvoir d'examen, de sorte qu'une éventuelle violation du droit d'être entendu devrait être considérée comme réparée au stade de la procédure judiciaire.

Au demeurant, les reproches de l'examen trop sommaire de son dossier et des conclusions « aberrantes et infondées » sur lesquelles l'OAI s'est fondé se confondent avec le grief de constatation inexacte et incomplète des faits pertinents, qui sera examiné avec le fond du litige.

3. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er}

janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. En l'occurrence, la naissance éventuelle du droit à une rente est antérieure au 1^{er} janvier 2022, de sorte que l'ancien droit demeure applicable.

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

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

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

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

d) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 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).

5. 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

6. a) La recourante reproche à l'OAI d'avoir instruit sommairement son cas et d'avoir été vue par peu de médecins.

Il apparaît cependant que l'assurée a été examinée par plusieurs spécialistes, tant sur le plan somatique que psychique. Dans ce cadre, elle a notamment fait l'objet d'un examen pluridisciplinaire auprès de médecins de la Clinique N._____ et d'une expertise psychiatrique par le Dr W._____. L'OAI a du reste recueilli des rapports auprès de plusieurs autres spécialistes, notamment neurologue et angiologue. L'instruction réalisée ne peut être qualifiée de sommaire.

b) Sur le plan psychiatrique, l'assurée a fait l'objet d'une expertise. L'expert W._____ a retenu les diagnostics incapacitants de troubles de l'adaptation, avec réaction dépressive prolongée (F43.21), d'accentuation de certains traits de personnalité, traits de personnalité dépendants (Z73.1) et d'autres troubles anxieux spécifiés (F41.3). Il a également écarté avec soin les diagnostics de trouble dépressif récurrent, de troubles affectifs bipolaires, d'anxiété généralisée, d'agoraphobie, d'état de stress post-traumatique, de syndrome douloureux somatoforme persistant et de troubles de la personnalité. L'expert a notamment exposé que l'événement survenu le 29 décembre 2019 n'était pas suffisant pour générer un état de stress post-traumatique au sens de la CIM-10. Il a également expliqué qu'en dépit de la présence de douleurs chroniques, celles-ci n'étaient pas accompagnées de sentiment de détresse, l'assurée pouvant en outre bouger facilement son bras lorsqu'elle ne se sentait pas observée, ce qui laissait sous-entendre une part intentionnelle dans l'expression de la douleur. Compte tenu de ces éléments, l'expert a écarté le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. L'expert s'est encore prononcé sur les évaluations psychiatriques réalisées à la Clinique

N._____, exposant de manière détaillée que l'assurée avait présenté un trouble d'adaptation initial plus important à la suite de l'accident, avec une authentique réaction anxieuse pendant plusieurs mois qui s'était estompée au fur et à mesure, pour laisser place aux éléments dépressifs décrits, avec des éléments atypiques et contradictoires à prendre en considération. Le diagnostic retenu par la Clinique N._____ de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse devait donc être écarté, au profit du diagnostic de trouble d'adaptation initial, dès lors que le trouble ne pouvait être retenu au-delà de six mois.

L'expert a examiné avec soin le dossier de l'assurée, il a ensuite détaillé les plaintes spontanées puis dirigées. Il a également demandé la réalisation de tests neuropsychologiques. Il a détaillé l'évolution de l'état de santé et des traitements. Il a constaté que l'assurée ne bénéficiait pas de psychothérapie, pourtant recommandée par les médecins de la Clinique N._____ et dont il confirmait la nécessité. Une thérapie cognitivo-comportementale ainsi qu'une augmentation du traitement antidépresseur, cas échéant le changement de classe médicamenteuse, étaient recommandés. Tous les traitements n'avaient pas été testés et il existait donc une marge de progression importante. L'expert a encore analysé les ressources et évalué la cohérence et la plausibilité. A cet égard, il a relevé certaines incohérences, notamment dans les mouvements réalisés par l'assurée avec ses doigts et son bras droit lorsqu'elle oubliait le regard d'autrui ou les problèmes de mémoire importants rapportés alors que l'intéressée retrouvait des informations s'agissant de son traitement antidépresseur ou des photos dans son téléphone portable, qu'elle manipulait d'ailleurs avec dextérité. Ces comportements s'inscrivaient dans un probable mécanisme d'opposition en vue d'obtenir des bénéfices secondaires. Aussi, les résultats au test neuropsychologique démontraient des atteintes peu crédibles au vu des tests de validation échoués, ce qui suggérait une part consciente d'exagération des symptômes. L'assurée s'occupait en outre de sa petite fille et s'amusait avec elle, ce qui démontrait l'absence de perte totale d'intérêt et nécessitait des ressources cognitives qu'elle disait ne pas avoir.

Compte tenu de ces éléments, y compris des incohérences relevées, l'expert a considéré que l'assurée avait été totalement incapable de travailler durant six mois à la suite de l'accident du 29 décembre 2019. Elle avait ensuite trouvé des bénéfices secondaires qui pouvaient toutefois être surmontés malgré ses faibles capacités et sa capacité de travail était à nouveau entière dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, à savoir une baisse de persévérance, des difficultés d'intégration des informations, des troubles de l'attention légers, une fatigue et une fatigabilité. L'activité habituelle était jugée adaptée, celle-ci permettant un travail répétitif, sans prise de décision immédiate et sans traitement d'information simultané et sans utilisation du bras droit. Comme relevé par le SMR dans son avis du 12 juillet 2022, la baisse de persévérance, les troubles de l'attention et la fatigue sont à replacer dans le contexte de possible exagération des atteintes cognitives ainsi que le déconditionnement mis en évidence par l'expert.

En tant qu'il se fonde sur un dossier complet, une anamnèse détaillée et des conclusions claires et motivées formulées après un examen structuré, le rapport de l'expert W._____ peut se voir conférer une pleine valeur probante.

c) Sur le plan somatique, l'assurée présente, des suites de son accident du 29 décembre 2019, un statut post-fracture comminutive de la clavicule droite, fermée et ostéosynthésée. Après une évolution favorable dans un premier temps, elle a présenté des douleurs dès la 4^{ème} semaine post-opératoire. Des examens complémentaires ont révélé que la fracture était consolidée avec un matériel d'ostéosynthèse en place (radiographie du 5 juin 2020) et ont écarté la présence d'une capsulite rétractile (IRM du 15 avril 2020 et rapport du Dr U._____ du 1^{er} mai 2020), l'hypothèse d'une origine veineuse ou artérielle de la symptomatologie (rapport du 30 septembre 2020 du Dr T._____) et un dysfonctionnement neurologique (rapport du 6 avril 2021 du Dr C._____ et volet neurologique de l'appréciation de la Clinique N._____). Dans son rapport du 28 janvier 2021, le Dr U._____ a indiqué que sur le plan orthopédique, la

récupération aurait pu être complète trois mois après l'opération mais qu'il était alors dans l'attente des résultats du neurologue pour un éventuel nouveau diagnostic. Le neurologue en question, le Dr C._____, a fait état de l'absence de démonstration de neuropathie tronculaire, de plexopathie brachiale ou de radiculopathie participant à l'impotence du membre supérieur droit. Il a ainsi suspecté la présence de troubles fonctionnels moteurs, sensitifs et douloureux du membre supérieur droit, précisant toutefois que l'examen clinique avait été compliqué par les douleurs et le manque de collaboration de l'assurée. L'assurée et son époux ne s'étaient pas montrés réceptifs à ce diagnostic et son mécanisme de production inconsciente, lorsque le neurologue le leur avait présenté. Il a toutefois précisé qu'une amélioration n'était espérée qu'après acceptation du diagnostic et une prise en charge spécifique. Le Dr C._____ a cependant constaté, comme les médecins de la Clinique N._____, que l'assurée ne collaborait pas de manière optimale à l'examen clinique. Les médecins de la Clinique N._____ ont rapporté, dans leur évaluation interdisciplinaire du 24 juillet 2020, que la collaboration de l'assurée avait baissé lors de l'examen clinique qui avait été passablement entravé par le comportement douloureux. L'assurée se montrait démonstrative, grimaçant, soupirant, voire criant, et enlevant systématiquement la main de l'examineur. L'assurée avait en outre refusé de réaliser la marche sur les pointes et les talons ainsi que de s'accroupir. Les tests tendineux et de coiffe étaient ininterprétables en raison de crispation douloureuse. Les médecins ont toutefois conclu qu'au vu du tonus musculaire présenté en cours de crispation, il n'y avait pas d'incompétence significative de la coiffe des rotateurs. Ils ont constaté que l'assurée se limitait à ce qu'elle pensait faire, sans montrer ses capacités physiques maximales. Ils ont finalement retenu que, sur la base uniquement des constatations médicales objectives, le pronostic était jugé bon sept mois après l'accident, mais était assombri par divers facteurs, notamment l'auto-perception élevée du handicap, une exclusion fonctionnelle du membre avec un processus d'invalidation en cours, un désinvestissement dans les activités quotidiennes. Se fondant sur ces éléments, la Dre K._____, médecin de la CNA, a estimé que, s'agissant des suites somatiques de l'accident, l'assurée était capable de travailler

dans son activité habituelle dès le 5 octobre 2020, jour de son appréciation.

Si la majeure partie de l'instruction somatique a été réalisée sur demande de l'assurance-accidents, celle-ci peut néanmoins servir auprès de l'OAI. Il faut toutefois tenir compte du fait que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré. L'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a ainsi pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4 ; 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2). Or, en l'occurrence, les atteintes qui ont fondé le dépôt de la demande de prestations AI sont consécutives à l'accident du 29 décembre 2019 - qui a été pris en charge par la CNA. L'appréciation de l'état de santé somatique réalisée à satisfaction dans le cadre de l'assurance-accidents peut ainsi être suivie par l'OAI, étant précisé que les facteurs défavorables à la réinsertion retenus par les médecins de la Clinique N._____ sont des facteurs psychosociaux qui ne sont pas du ressort de l'assurance-invalidité (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C_837/2011 et 9C_845/2011 du 29 juin 2012 consid. 6.3, 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 4.1, in SVR 2010 IV 58 p. 177). Ainsi, en l'absence de substrat organique trouvé dans les différentes spécialités investiguées et compte tenu du manque de collaboration de l'assurée ainsi que des incohérences relevées, le SMR pouvait suivre l'appréciation de la Dre K._____ et retenir que l'assurée est pleinement capable de travailler depuis le 5 octobre 2020 dans son activité habituelle.

d) La recourante ne formule aucun grief précis contre les conclusions des experts ou du SMR. Elle ne se prévaut au demeurant d'aucun rapport médical pour contester les conclusions des médecins, n'étayant donc pas son point de vue. Rien au dossier ne vient ainsi contredire les conclusions des médecins de la Clinique N._____, du SMR et de l'expert psychiatre.

e) Vu ce qui précède, l'OAI pouvait légitimement rejeter le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, l'assurée n'ayant pas présenté une incapacité de travail et de gain d'au moins 40 % en moyenne durant une année. Quoiqu'il en soit, l'activité habituelle est adaptée à la situation de l'assurée qui ne subit donc aucun préjudice économique.

7. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert la recourante par la mise en œuvre d'une expertise neutre. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

8. a) Vu ce qui précède, le recours est rejeté et la décision entreprise confirmée.

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

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 13 octobre 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de A. _____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- A. _____,
- 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 :