

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 14 juin 2022

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mmes Dessaux et Durussel, juges  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Marc Mathey-Doret,  
avocat à Genève,

et

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

---

**Art. 28 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** Le 7 février 2007, G.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 19[...], a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Au bénéfice d'une formation d'hôtesse de l'air et d'une expérience professionnelle comme enseignante et secrétaire-réceptionniste, elle travaillait à temps partiel comme vendeuse et hôtesse d'accueil lorsqu'elle s'est retrouvée en totale incapacité de travail dès le 16 janvier 2006 en raison d'un état anxio-dépressif chronique.

A l'initiative de son assureur perte de gain, une expertise psychiatrique a été réalisée par le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 9 novembre 2006, celui-ci a conclu à l'existence d'un trouble de l'adaptation avec réactions mixtes, anxieuses et dépressives (F43.22) et estimé qu'une reprise totale d'activité était exigible au plus tard pour le 1<sup>er</sup> janvier 2007.

Par décision du 16 mai 2008, l'OAI a refusé tout droit à des prestations à l'assurée.

**B.** A partir de mai 2008, l'assurée a travaillé à 60 % en tant que réceptionniste pour la M.\_\_\_\_\_ SA, devenue par la suite l'Hôtel et Centre Thermal [...] SA. Elle a également été engagée en extra à 20 %, le dimanche, pour le service du brunch à l'Hôtel Z.\_\_\_\_\_, dès mars 2009.

Le 14 novembre 2010, l'assurée a chuté dans la cuisine de l'Hôtel Z.\_\_\_\_\_, ce qui a occasionné une fracture transverse diaphysaire de l'humérus gauche. Elle a été opérée le lendemain par le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a procédé à la mise en place de matériel d'ostéosynthèse. L'assurée a présenté une incapacité de travail totale à la suite de l'accident. Celui-ci a été pris en charge par son assureur-accidents, N.\_\_\_\_\_ SA (ci-après : N.\_\_\_\_\_).

L'évolution médicale a notamment été compliquée par un retard de consolidation de la fracture, une pseudarthrose et une capsulite rétractile à l'épaule gauche (cf. rapports du 3 juin 2011 du Dr V.\_\_\_\_\_ et du 11 août 2011 du Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Dans ce contexte, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI le 8 novembre 2011.

Le 20 décembre 2011, l'assurée a fait savoir que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle travaillerait à 80 % comme surveillante du centre thermal, par nécessité financière.

L'intéressée a repris ses activités professionnelles aux taux habituels dès le 18 juin 2012, ce dont le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a pris note dans un avis du 1<sup>er</sup> mai 2013.

Le 28 janvier 2013, l'assurée a subi une nouvelle intervention chirurgicale à l'épaule gauche, soit une arthrolyse gléno-humérale, avec l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (cf. rapport du 23 novembre 2012 du Dr V.\_\_\_\_\_ et protocole opératoire établi par ce médecin le 28 janvier 2013). Cette intervention a entraîné une incapacité de travail totale.

N.\_\_\_\_\_ a confié au Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le soin de réaliser une expertise. Dans un rapport du 24 octobre 2013, il a posé les diagnostics de statut après fracture diaphysaire de l'humérus gauche, de capsulite rétractile secondaire de l'épaule gauche, de retard de consolidation de la fracture de l'humérus, de statut après ablation du matériel d'ostéosynthèse, ainsi que de remaniement post-opératoire modéré de la coiffe des rotateurs. L'expert a retenu, en lien avec l'activité de réceptionniste à la M.\_\_\_\_\_, une capacité de travail de 20 %, puis de 40 % au plus tard à la fin novembre 2013, avec par la suite une possibilité d'augmentation de 20 % tous les deux mois. La capacité de travail dans

l'activité de serveuse devait être évaluée quelques mois plus tard, après récupération de la capsulite.

Une enquête économique sur le ménage a eu lieu le 12 novembre 2013. Dans le rapport établi le 21 novembre 2013, l'enquêtrice a proposé un statut de 80 % active et 20 % ménagère initialement, puis de 100 % active dès novembre 2012. Le taux d'invalidité dans les activités ménagères s'élevait à 64,6 % pendant les périodes de totale incapacité de travail et à 43,5 % le jour de l'évaluation.

Selon le rapport du Dr V. \_\_\_\_\_ du 4 février 2014, l'assurée avait repris son travail à 20 % le 9 septembre 2013 puis à 40 % le 1<sup>er</sup> décembre 2013. Il a estimé que dans une activité adaptée, c'est-à-dire sans port de charges ni sollicitation majeure de l'épaule gauche, l'incapacité de travail [recte : la capacité de travail] pouvait être augmentée, mais le syndrome de douleur persistante ne permettait pas de garantir qu'elle soit totale.

Le 16 mai 2014, le Dr V. \_\_\_\_\_ a fait savoir que la reprise s'était poursuivie à 60 % à partir du 1<sup>er</sup> mars 2014, mais que ce taux ne pouvait pour l'instant pas être augmenté en raison d'une pathologie complexe.

Dans un avis du 1<sup>er</sup> juillet 2014, le SMR a constaté que la capacité de travail retenue par le Dr S. \_\_\_\_\_ était identique à celle du précédent avis SMR et s'est référé aux dates de reprises énoncées par l'expert, au motif que le Dr V. \_\_\_\_\_ ne justifiait pas, sur le plan clinique, les motifs pour prolonger une incapacité de travail.

Selon un rapport du Dr V. \_\_\_\_\_ du 26 septembre 2014 transmis à N. \_\_\_\_\_, l'assurée pouvait augmenter son taux de travail à 70 % dès le 1<sup>er</sup> octobre 2014, sans port de charges au-dessus des épaules. Une arthro-IRM avait mis en évidence une tendinopathie du sus-épineux, une arthrose acromio-claviculaire, une lésion de type SLAP et une inflammation du long-chef du biceps.

Le 21 janvier 2015, le Dr V. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'une évaluation neurologique auprès du Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, avait permis d'objectiver un tunnel carpien bilatéral prédominant à droite. Il ressort de cet examen du 28 octobre 2014 que l'assurée présentait également une légère neuropathie cubitale au coude des deux côtés.

Dans un rapport du 27 juillet 2015, le Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et médecine interne générale, a indiqué que l'assurée souffrait de cervico-scapulo-brachialgies bilatérales ainsi que de lombalgies intermittentes.

Le Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a fait état, dans un rapport du 19 août 2015, d'une atteinte modérée du nerf circonflexe, jouant de manière peu probable un rôle essentiel sur les douleurs, et de séquelles d'une atteinte radiale gauche, qui n'étaient pas gênantes.

Sur décision de N. \_\_\_\_\_ (confirmée sur recours par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, arrêt AA 76/14 - 71/2015 du 8 juillet 2015), une expertise complémentaire a été réalisée par le Dr S. \_\_\_\_\_, qui a examiné l'intéressée le 27 octobre 2015. Dans son rapport du 27 décembre 2015, il a répété les diagnostics déjà retenus en lien avec l'épaule gauche et ajouté ceux de déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, de tendinopathie du long chef du biceps et de neuropathie discrètement déficitaire du nerf axillaire gauche. Il a également posé les diagnostics de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, d'arthropathie dégénérative débutante gléno-humérale droite, d'arthropathie dégénérative acromio-claviculaire droite, de discopathies C5-C6 et C6-C7 avancées, de syndrome du tunnel carpien bilatéral prédominant à droite et de probable neuropathie irritative cubitale à gauche. Sur la base d'une nouvelle IRM, il a constaté la présence d'une hernie discale en contact avec la racine C7. Il a observé une péjoration de la situation de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche depuis son examen en 2013. Selon lui, une tentative de réparation chirurgicale était justifiée.

Dans l'intervalle, le 15 décembre 2015, l'assurée a précisément bénéficié, à l'épaule gauche, d'une réparation du tendon sus-épineux, d'une ténodèse du long chef du biceps et d'une acromioplastie (cf. rapport du même jour du Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). Une totale incapacité de travail s'en est suivie.

Dans des rapports des 19 mai et 9 juin 2016, le Dr B.\_\_\_\_\_ a attesté une reprise du travail à 40 % du 60 % à la M.\_\_\_\_\_ SA à partir du 1<sup>er</sup> juin 2016. La patiente ne pouvait pas encore reprendre son activité dans l'hôtellerie.

Le 23 août 2016, le Dr B.\_\_\_\_\_ a attesté une reprise à 100 % du 60 % effectué à la M.\_\_\_\_\_ SA dès le 5 septembre 2016. La patiente ne pouvait en revanche pas exercer son activité de serveuse, au vu du port de charge important.

Dans un rapport du 30 août 2016, le Dr R.\_\_\_\_\_ a fait état d'une amélioration progressive au niveau du nerf circonflexe et du nerf radial gauche.

Le Dr S.\_\_\_\_\_ a à nouveau examiné l'assurée le 4 novembre 2016. Dans un rapport du 2 décembre 2016, il a retenu une pleine capacité de travail dans l'activité d'hôtesse d'accueil à la M.\_\_\_\_\_ SA, le seul bémol étant la possible incapacité à porter secours à une personne sujette à un malaise, problématique qui pouvait cependant être palliée par l'intervention d'une tierce personne en cas de besoin. La capacité de travail dans l'activité de serveuse s'élevait pour l'instant à 50 %, compte tenu des contraintes physiques pour les épaules, en particulier s'agissant des phases de préparation et de ramassage des tables et des chaises. Les limitations fonctionnelles consistaient en une fatigabilité et un manque de force en lien avec une fonction incomplète du muscle deltoïde. L'association d'un conflit sous-acromial, d'origine probablement mixte, était susceptible d'accentuer les douleurs en cas d'efforts, tel que le port

de charges lourdes et/ou répétées et l'effort en hauteur. Par ailleurs, l'assurée a expliqué que la nouvelle direction du centre thermal l'avait licenciée en raison d'une restructuration, ce qui avait entraîné une décompensation sur le plan psychique et une totale incapacité de travail à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2016, attestée par son médecin généraliste traitant, le Dr A.\_\_\_\_\_. En outre, la société qui l'employait pour l'organisation des brunchs à l'Hôtel Z.\_\_\_\_\_ avait fait faillite.

Il ressort des pièces envoyées le 18 mai 2017 à l'OAI par l'assureur perte de gain de l'assurée qu'elle a été convoquée pour une expertise psychiatrique auprès du Dr Y.\_\_\_\_\_ le 23 mai 2017. Le rapport d'expertise ne figure toutefois pas au dossier.

Dans un rapport du 6 septembre 2017, le Dr R.\_\_\_\_\_, neurologue, a constaté que la patiente n'avait plus de plaintes au niveau des douleurs de l'épaule gauche et que la force était revenue. Elle présentait une lombalgie déclenchée par l'insertion du ligament iliolumbaire.

Le Dr S.\_\_\_\_\_ a encore examiné l'assurée le 15 septembre 2017. Dans son rapport du 15 novembre 2017, il a constaté qu'il persistait un très modeste degré de capsulite de l'épaule gauche. En revanche, et probablement avec la reprise d'une fonction optimale du muscle deltoïde, le conflit sous-acromial, significatif lors du dernier examen, semblait désormais discret. La symptomatologie douloureuse résiduelle, en lien avec la problématique orthopédique de l'épaule était très modérée. L'état de cette épaule correspondait à celui d'une périarthrite légère à modérée, d'origine mixte, et paraissait stabilisé. L'expert a confirmé la capacité de travail retenue dans son précédent rapport pour l'activité à la M.\_\_\_\_\_ SA. Quant à celle de serveuse, il a indiqué que la capacité de travail paraissait proche de la norme avec, comme réserve, la difficulté à disposer et à ranger les tables et les chaises, tâches astreignantes pour les épaules (éviter le port de charges moyennes ou lourde en porte-à-faux, le travail au-dessus de l'horizontale et les gestes en torsion contre résistance du membre supérieur gauche). Une IRM lombaire réalisée le

16 janvier 2018 avait par ailleurs démontré une discopathie L5-S1 en phase inflammatoire et une légère protrusion discale circonférentielle. La problématique lombaire était à l'origine d'une incapacité de travail totale, qui était toujours d'actualité et qui avait fait suite à celle pour raisons psychiatriques. Une nouvelle imagerie au niveau cervical effectuée le 28 mars 2017 avait montré une certaine stabilité de la discopathie C5-C6 (avec un léger rétrécissement foraminal droit) et une légère aggravation de la discopathie C6-C7 avec une hernie débordant dans le foramen gauche, venant au contact de la racine C7. L'assurée avait par ailleurs été opérée du canal carpien droit en mai 2017, avec une évolution favorable.

Par décision du 9 janvier 2018, confirmée par décision sur opposition du 6 juillet 2018, N.\_\_\_\_\_ a nié à l'assurée le droit à une rente d'invalidité en l'absence de perte de gain permanente résultant de l'accident, a refusé de lui octroyer une indemnité pour atteinte à l'intégrité et mis fin à la prise en charge des frais médicaux au 15 septembre 2017. Par arrêt du 1<sup>er</sup> novembre 2019 (AA 136/18 - 142/2019), la Cour de céans a partiellement admis le recours interjeté contre cette décision, en ce sens que l'assurée avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 3'150 francs.

Dans un rapport du 15 janvier 2018, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, a posé les diagnostics de lombalgie basse sans déficit neurologique, de cervico-brachialgie gauche sans déficit neurologique et de douleurs chroniques primaires avec tendance de généralisation et probable sensibilisation centrale. Il a exclu que les douleurs soient d'origine seulement psychogène. La situation s'améliorait globalement.

Dans un rapport du 2 juillet 2018, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a attesté avoir suivi l'assurée de mai 2014 à décembre 2017 pour un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11), qui entraînait une totale incapacité de travailler. Une activité adaptée était envisageable et souhaitable, de préférence avec un début progressif.

Dans un rapport du 5 juillet 2019, le Dr A. \_\_\_\_\_ a retenu les mêmes diagnostics que ceux posés par le Dr D. \_\_\_\_\_ et fait état d'une bonne évolution, avec une diminution des plaintes douloureuses, une amélioration de l'humeur et une diminution de la symptomatologie de la lignée dépressive. Il estimait que la capacité de travail était de 20 à 50 % dans l'activité habituelle et de 50 % à 90 % dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles étant un port de charges limité à 5 kg, l'absence de mouvements répétitifs du rachis et une diminution de la résistance au stress.

Par avis des 12 avril et 25 septembre 2019, le SMR a constaté que les pièces médicales au dossier ne lui permettaient pas d'établir l'exigibilité en intégrant l'ensemble des problématiques médicales et a demandé la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire, de rhumatologie et psychiatrie.

Le 3 mars 2020, l'assurée a informé l'OAI qu'elle avait débuté un emploi de conductrice de bus en septembre 2019 à 40 % et que son taux avait ensuite été augmenté à 80 %.

L'expertise bi-disciplinaire a été confiée au K. \_\_\_\_\_ (ci-après : K. \_\_\_\_\_). Dans leur rapport du 6 juillet 2020, les Drs T. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, et F. \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, ont retenu les diagnostics suivants :

**« 3.2 Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail**

**Au plan somatique**

***Diagnostics incapacitants :***

Syndrome cervical sans signes cliniques de compression radiculaire des MS [membres supérieurs] sur une hernie discale latérale (foraminale) gauche C6-C7 avec contrainte de la racine C7 du côté gauche.

Discopathie également du segment C5-C6 avec léger rétrécissement foraminal du côté droit M51.3

***Diagnostics non-incapacitants :***

Status après fracture diaphysaire de l'humérus G [gauche], ayant nécessité le 26.11.2010 une réduction fermée et ostéosynthèse par

un clou humérus proximal, verrouillage proximal par 2 vis, verrouillage distal dynamique par une vis antéropostérieure. Status après ablation d'un clou T2 huméral G verrouillé statiquement et arthrolyse chirurgicale gléno-humérale le 28.01.2013 S42.3

Discret syndrome sous-acromial G sur status après réparation du tendon supra-épineux + synovectomie partielle + tenodèse du long chef du biceps + acromioplastie par arthroscopie, épaule G. pour rupture transfixiante du supra-épineux, désinsertion haute des fibres profondes du sub-scapulaire avec tendinopathie du long biceps et état de subluxation, le 15.12.2015 M75.1

Conflit sous-acromial actuellement peu actif avec bursopathie sous-acromiale. Tendinopathie du long biceps, SLAP 2C et atteinte chondrale focale profonde de la glène à D [droite] M75.1

Discret syndrome lombaire sans signes de compression radiculaire des MI [membres inférieurs] sur altérations dégénératives segmentales L5-S1 sous forme d'une discopathie et ostéochondrose avec des signes inflammatoires (ostéochondrose activée) du côté gauche M51.8

Status après ablation d'un corps étranger de l'index D, le 28.01.2013 M79.54

Status après lésion du nerf axillaire G S44.3

Status après décompression du canal carpien D, en 05.2017 G56.0

Discrète chondropathie rotulienne bilatérale probable, actuellement peu active M22.2

#### **Au plan psychique**

##### ***Diagnostics incapacitants :***

Nihil.

##### ***Diagnostics non-incapacitants :***

F 32.11 : épisode dépressif moyen avec syndrome somatique

F 41. 0 : anxiété épisodique paroxystique

### **3.7 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici**

#### **Au plan somatique**

En tant que conductrice de bus, 50 % depuis la date de notre expertise, le 15.06.2020.

#### **Au plan psychique**

La capacité de travail dans l'activité habituelle de conductrice de bus pour enfants est actuellement nulle, de 0 %.

### **3.8 Capacité de travail dans une activité adaptée**

#### **Au plan somatique**

Nous préconisons les LF [limitations fonctionnelles] suivantes :  
Absence de port [...] de charges fréquent supérieur à 5 kg, surcharges mécaniques des ceintures scapulaires, en particulier en porte-à-faux, mouvements de force sollicitant les MS, station assise

et debout prolongée. Dans l'exercice d'une activité respectant ces LF, la CT [capacité de travail] est entière depuis toujours, à l'exception des ITT [incapacités totales de travail] pour toute activité

:

100 % suite à l'accident du 14.11.2010 jusqu'à fin 11.2013

60 % depuis 12.2013 jusqu'en fin 02.2014

40 % depuis 01.03.2014 jusqu'en fin 09.2014

30 % depuis 01.10.2014 jusqu'au 14.12.2015

100 % du 15.12.2015 (opération d'épaule G) jusqu'en fin 05.2016

60 % depuis 01.06.2016 au 04.09.2016

40 % depuis 05.09.2016

30 % depuis 16.04.2015 jusqu'au 01.12.2016

0 % depuis le 02.12.2016

### **Au plan psychique**

La capacité de travail pourrait être de 100 % au sein d'une activité adaptée aux difficultés anxieuses et somatiques de cette assurée et adaptée à ses compétences intrinsèques.

Les experts ont fait savoir que l'assurée était à nouveau en arrêt de travail depuis le 24 mai 2020 et qu'elle avait été licenciée par son employeur. Elle était sous traitement antidépresseur, dont la posologie avait été augmentée en décembre 2019, et bénéficiait d'un traitement inducteur du sommeil, ainsi que d'une réserve benzodiazépinique anxiolytique, mais qui ne la rendait plus à même de conduire lorsqu'elle en prenait. L'expert psychiatre a précisé que la capacité de travail dans l'activité de conductrice de bus était à l'origine de 100 %, puis s'était infléchie au fur et à mesure des accidents de la voie publique et s'était effondrée après la signification de son licenciement, qui prendra effet en juillet 2020. Sur le plan psychiatrique, une activité adaptée pourrait être l'activité actuelle avec des exigences horaires moins importantes.

Dans un avis du 15 juillet 2020, le SMR a jugé que l'expertise était dans l'ensemble convaincante. Il a retenu que l'incapacité de travail était totale du 14 novembre 2010 à novembre 2013, de 50 % de décembre 2013 au 14 décembre 2015, de 100 % du 15 décembre 2015 à mai 2016, de 50 % de juin 2016 à mai 2020, puis de 0 % depuis juin 2020. Il a fixé les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail de nuit ou d'horaires irréguliers, pas de port de charges fréquent de plus de 5 kg, pas de surcharge mécanique des ceintures scapulaires ni de travail les bras au-dessus du plan des épaules, pas de station assise et debout prolongée,

possibilité de varier les positions. L'aptitude à la réadaptation était intervenue au plus tard en juin 2016.

Interpellé au sujet des périodes d'incapacité de travail retenues, le SMR a précisé, dans un avis du 18 septembre 2020 qu'en dehors de la période de reprise à temps plein du 18 juin 2012 au 27 mars 2013 (sic), il proposait d'admettre l'appréciation des experts, à savoir que l'assurée avait présenté une capacité de travail limitée à 50 % dans ses activités habituelles, en raison de l'atteinte ostéoarticulaire. Sa capacité de travail était en revanche nulle dans l'activité de conductrice de bus, pour des raisons psychiatriques.

Par projet du 12 octobre 2020, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars 2013 au 28 février 2014, puis une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars 2014 au 28 février 2016 (sic), puis à nouveau une rente entière du 1<sup>er</sup> mars au 31 août 2016. Il a retenu qu'elle avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à partir de juin 2016 et que son degré d'invalidité n'était que de 7 %, ce qui mettait fin à son droit à la rente.

Par courrier du 8 novembre 2020, l'assurée a fait remarquer que la conduite professionnelle ne lui était pas contre-indiquée médicalement au moment où elle avait travaillé comme conductrice de bus. Elle a précisé que son contrat de travail avait été résilié pour fin octobre 2020 et qu'elle était en arrêt maladie depuis fin mai 2020.

Désormais représentée par Me Marc Mathey-Doret, l'assurée a déposé des objections complémentaires le 14 décembre 2020, relevant que les experts avaient retenu une incapacité de travail de 60 % dans toute activité jusqu'au 4 septembre 2016, de 40 % jusqu'au 1<sup>er</sup> décembre 2016 et de 30 % jusqu'au 1<sup>er</sup> décembre 2016 (sic). Sur le plan psychiatrique, l'expert précisait en outre que la capacité de travail ne pourrait redevenir entière qu'un an après les mesures thérapeutiques préconisées, ce qui lui donnait le droit à une rente entière au-delà du 31

août 2016, avec une révision prévue en juillet 2021 afin de procéder à un nouveau bilan psychologique.

Par courrier du 26 janvier 2021, faisant partie intégrante de la décision à venir, l'OAI a admis que la limitation fonctionnelle relative à la conduite professionnelle ne s'était rajoutée qu'en 2020. Il a renvoyé à l'avis du SMR du 18 septembre 2020 pour ce qui concerne les capacités de travail, précisant que celle-ci restait entière dans une activité adaptée malgré les recommandations thérapeutiques.

Par décisions du 19 mars 2021, l'OAI, par le biais de la caisse de compensation AVS, a alloué à l'assurée une rente limitée dans le temps, à savoir une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars 2013 au 28 février 2014, puis une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars 2014 au 29 février 2016, puis à nouveau une rente entière du 1<sup>er</sup> mars au 31 août 2016.

Le 21 mars 2021, l'assurée a transmis à l'OAI ses certificats d'arrêt de travail à partir du 25 mai 2020, ainsi qu'un rapport établi le 26 septembre 2020 par son psychiatre traitant, le Dr C.\_\_\_\_\_, qui a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère avec symptôme somatique, d'anxiété épisodique paroxystique et de harcèlement moral au travail. Il a estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle et qu'une capacité de travail dans une activité adaptée était possible en fonction de l'évolution du trouble psychique de l'assurée. Se référant à l'expert psychiatre, il a soutenu que les chances de guérison ne pouvaient être envisagées qu'une année après la mise en place d'un traitement psychiatrique intégré, lequel avait commencé le 27 août 2020 à son cabinet.

Par courrier du 24 mars 2021, l'OAI a informé l'assurée qu'il traitait son courrier comme une nouvelle demande de prestations et l'a invitée à remplir le formulaire officiel de demande.

**C.** Par acte de son mandataire du 3 mai 2021, G.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars 2013 au 28 février 2014, d'une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars 2014 au 28 février 2016 et d'une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> mars 2016, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision, sous suite de dépens. Produisant la décision d'octroi d'une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars 2014 au 29 février 2016, la recourante a invoqué que le droit à la rente reconnu dans la décision attaquée différait de celui prévu dans le projet de décision du 10 octobre 2020, ce qui constituait une violation de son droit d'être entendue. Elle a fait valoir que sa capacité de travail avait été nulle depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2016 en raison d'un trouble dépressif, ainsi qu'en raison de lombalgies basses, de cervico-brachialgies gauches et de douleurs chroniques primaires avec tendance de généralisation et probable sensibilisation centrale, lesquelles ont impacté sa capacité de travail jusqu'au 31 octobre 2017 à tout le moins. Son état de santé psychique s'était amélioré au début de l'année 2018 et elle avait été engagée à 40 % comme conductrice de bus à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2018 puis à 80 % à partir du 4 septembre 2019, estimant toutefois que la portée de cet emploi devait être limitée puisqu'elle n'avait pas été en mesure de le maintenir. Elle était à nouveau en totale incapacité de travail depuis le 25 mai 2020. Elle a estimé que les limitations fonctionnelles retenues dans l'expertise ne correspondaient pas au tableau clinique constaté ni à ses plaintes, que l'appréciation de sa capacité de travail dans son activité au centre thermal était dénuée de sens puisqu'elle ne pouvait pas faire toutes les tâches de ce poste et que sur le plan psychiatrique, une reprise de travail ne pouvait être envisagée qu'après le suivi de mesures thérapeutiques pendant une année avec succès. Elle a finalement conclu que son incapacité de travail était totale depuis le 15 décembre 2015 en raison d'atteintes somatiques et psychiques.

Dans sa réponse du 14 juin 2021, l'OAI a affirmé que la décision attaquée reprenait les éléments essentiels du projet de décision tels quels. Il a relevé qu'une nouvelle demande de prestations avait été déposée et était en cours d'instruction, que l'assurée avait rendu plausible

une aggravation de son état de santé psychique au cours de l'année 2020 et que, compte tenu du délai de carence d'une année, un éventuel droit à une rente d'invalidité ne saurait être ouvert antérieurement à la date de la décision litigieuse de sorte que la présente procédure ne se retrouvait pas impactée. Il n'avait en outre pas de raisons de s'écarter des conclusions du K.\_\_\_\_\_.

Dans sa réplique du 21 juin 2021, la recourante a maintenu son grief de violation du droit d'être entendu au motif que la décision du 19 mars 2021 différait sensiblement du projet de décision du 12 octobre 2020. Elle a fait valoir que l'OAI aurait dû prendre en considération sa nouvelle incapacité de travail attestée depuis le mois de mai 2020 et lui octroyer les prestations correspondantes dans le cadre de la procédure ouverte. Elle a fait remarquer que l'OAI reconnaissait une capacité de travail limitée à 50 % dans l'activité antérieure dès le mois de juin 2016 alors qu'elle niait tout droit à la rente après le 29 février 2016.

### **E n d r o i t :**

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

**b)** En l'occurrence, déposé auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) en temps utile compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. a LPGA) et respectant les autres conditions

formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** En l'occurrence, l'OAI, par l'intermédiaire de la Caisse de compensation du canton de Fribourg, a rendu trois décisions en date du 19 mars 2021 qui allouent à la recourante une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars 2013 au 28 février 2014, puis une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars 2014 au 29 février 2016, puis à nouveau une rente entière du 1<sup>er</sup> mars au 31 août 2016.

Ces décisions ont été notifiées à tort à la recourante et non directement à son mandataire. Il semble par ailleurs, au vu du recours, de ses annexes et de la réplique, que seule la décision reconnaissant à la recourante le droit à une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars 2014 au 29 février 2016 est parvenue au mandataire de la recourante.

Selon l'art. 49 al. 3, troisième phrase, LPGA, la notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (al. 3). Un défaut de notification n'est toutefois susceptible d'entraîner des conséquences que dans la mesure où il a causé une erreur préjudiciable à son destinataire. En effet, la protection juridique des parties est suffisamment réalisée lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité (ATF 122 V 189 consid. 2).

Tel est le cas en l'occurrence. Malgré ce défaut de notification, le mandataire de la recourante a en effet pu valablement déposer un recours en temps utile. Le fait que seule une des décisions lui serait parvenue n'est par ailleurs pas déterminant puisque le recours peut porter sur l'ensemble de la période réglée par ces décisions, comme le prévoit la jurisprudence.

Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la

première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si la partie recourante ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d).

**b)** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité au-delà du 31 août 2016. La recourante ne conteste en effet pas l'octroi d'une rente d'invalidité entière du 1<sup>er</sup> mars 2013 au 28 février 2014, puis d'une demi-rente du 1<sup>er</sup> mars 2014 au 29 février 2016. Elle estime en revanche avoir droit à une rente entière non limitée dans le temps à partir du 1<sup>er</sup> mars 2016, alors que l'OAI lui a reconnu ce droit jusqu'au 31 août 2016.

**3. a)** Il convient tout d'abord d'examiner le grief de violation du droit d'être entendu avancé par la recourante.

**b)** La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit de chaque personne de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 146 IV 218 consid. 3.1.1 ; 142 II 218 consid. 2.3 ; et références citées).

Le droit d'être entendu comprend également le droit d'obtenir une décision motivée permettant à son destinataire de la comprendre et de l'attaquer utilement, ainsi qu'à l'instance de recours d'exercer pleinement son contrôle si nécessaire (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2 ; voir également art. 49 al. 3 LPGA).

**c)** Contrairement à ce que soutient la recourante, l'OAI n'a pas rendu des décisions qui diffèrent sensiblement du projet de décision du 12 octobre 2020. Les décisions rendues sont en effet conformes au projet de décision, si ce n'est que la caisse de compensation a tenu compte, à juste titre, du fait que le mois de février 2016 comportait 29 jours et non 28, comme retenu à tort dans le projet de décision. Il n'y a donc pas eu de violation du droit d'être entendu sous cet angle-là.

Il est certes regrettable que les décisions n'aient pas été notifiées au mandataire de la recourante en l'occurrence et qu'une seule des décisions rendues ne lui soit semble-t-il parvenue. L'on pouvait toutefois attendre de la recourante qu'elle remette l'ensemble des décisions reçues à son mandataire, lequel avait par ailleurs la possibilité de consulter le dossier de sa mandante auprès de l'OAI. Quoi qu'il en soit, comme vu ci-dessus, cette notification irrégulière n'a pas eu de conséquence puisque le présent recours a pu être déposé en temps utile et que l'objet de la contestation s'étend à l'ensemble du droit à la rente de la recourante, depuis son octroi initial jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue. L'on constate d'ailleurs que le mémoire de recours contient une argumentation et des conclusions qui portent sur l'ensemble de la période de droit à la rente. Au vu de cela, le grief de violation du droit d'être entendu doit être écarté.

**4. a)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date des décisions litigieuses rendues le 19 mars 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**c)** 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<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

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

rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

**e)** 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).

**f)** 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.** Au moment de son accident, l'assurée travaillait à 60 % pour le centre thermal et à 20 % comme serveuse. Le 20 décembre 2011, elle a fait savoir que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle travaillerait à 80 %. Lors de l'enquête ménagère du 21 novembre 2013, elle a expliqué qu'elle aurait augmenté son taux de travail à 100 % à partir de novembre 2012 pour des raisons financières, son mari étant au chômage et le couple connaissant des problèmes financiers. Il convient de retenir, comme le propose l'enquêtrice, que la recourante avait un statut de 80 % active et 20 % ménagère jusqu'en octobre 2012 puis de 100 % dès novembre 2012.

**6. a)** Afin de déterminer l'influence de l'ensemble des atteintes à la santé sur la capacité de travail de la recourante, l'OAI a mis en œuvre auprès du K.\_\_\_\_\_ une expertise bi-disciplinaire, avec un volet de rhumatologie et de psychiatrie. Le rapport établi le 6 juillet 2020 par les experts peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. Les experts ont en effet pris leurs conclusions de manière motivée et détaillée, en pleine connaissance du dossier de la recourante, de son anamnèse ainsi que de ses plaintes, et après avoir réalisé un examen clinique complet.

Le Dr F.\_\_\_\_\_ a par ailleurs appliqué les critères définis par la jurisprudence (cf. consid. 4f *supra*) pour déterminer le caractère invalidant des atteintes psychiques de la recourante. Il a ainsi tenu compte de la gravité des symptômes - retenant notamment que les fonctions thymiques de la recourante étaient impactées de manière moyenne (expertise p. 68) -, de sa personnalité (expertise pp. 35 et 67), des possibilités de traitement des anxiétés paroxystiques (expertise pp. 37-38 et 69), du contexte social de la recourante et de ses nombreuses ressources (expertise pp. 35-36 et 71), ainsi que de la cohérence (expertise p. 36 et 71).

**b)** Au niveau diagnostique, il n'est pas contesté que la recourante a souffert d'une fracture de l'humérus gauche à la suite de sa chute du 14 novembre 2010, qui a été traitée par une réduction fermée et une ostéosynthèse le 26 novembre 2010. L'ablation du matériel

d'ostéosynthèse a eu lieu le 28 janvier 2013. L'évolution a été marquée par l'apparition d'une capsulite rétractile.

La recourante a également présenté une déchirure de la coiffe des rotateurs et une tendinopathie du long chef du biceps à gauche, qui a nécessité une intervention le 15 novembre 2015. Un discret syndrome sous-acromial a perduré.

Du côté droit, la recourante souffre d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs et d'un conflit sous-acromial avec une bursopathie.

Au niveau du rachis, elle présente un syndrome cervical sans signes cliniques de compression radiculaire sur une hernie discale en C6-C7 avec une contrainte de la racine C7 à gauche, une discopathie du segment C5-C6 avec un léger rétrécissement foraminaux du côté droit et un syndrome lombaire sans signes de compression radiculaire des membres inférieurs sur des altérations dégénératives segmentales L5-S1.

Les examens neurologiques ont mis en évidence une neuropathie discrètement déficitaire du nerf axillaire (ou nerf circonflexe) gauche et une légère neuropathie cubitale au coude des deux côtés.

La recourante a en outre présenté un tunnel carpien bilatéral prédominant à droite, qui a été opéré en mai 2017, et les médecins ont évoqué une discrète chondropathie rotulienne bilatérale probable.

Les différents diagnostics somatiques ne sont pas contestés.

Sur le plan psychique, les experts concluent à l'existence d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et d'une anxiété épisodique paroxystique (F41.0). Dans son rapport du 2 juillet 2018, le Dr J.\_\_\_\_\_ retenait également un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique qu'il plaçait cependant dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent (F33.11). Dans son rapport du 26 septembre 2020, le Dr C.\_\_\_\_\_ a fait état d'une aggravation de l'état de santé psychique de

la recourante et qualifié l'épisode dépressif de sévère. Il a en outre repris le diagnostic d'anxiété épisodique paroxystique et posé celui de harcèlement moral au travail.

Il est ainsi admis que la recourante souffre d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et d'une anxiété épisodique paroxystique. On peut déjà préciser à ce stade qu'une nouvelle demande de prestations a été déposée en lien avec l'aggravation de l'état psychique de la recourante ressortant du rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ (cf. consid. 7 *infra*).

**c)** En l'occurrence, seule est litigieuse la question de savoir si la recourante peut se prévaloir d'un droit à la rente au-delà du 31 août 2016. Il s'agit dès lors d'examiner si, comme le retient l'OAI, la recourante a retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à partir du 1<sup>er</sup> juin 2016, ce qui justifiait de mettre fin au droit à la rente trois mois plus tard (art. 88a al. 1 RAI). Il n'y a pas lieu de revenir sur la période antérieure au vu des griefs soulevés et des conclusions de la recourante.

**aa)** Dans son recours, la recourante fait valoir qu'elle s'est retrouvée en incapacité totale de travailler à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2016, quelle que soit la profession envisagée, en raison d'un trouble dépressif.

Le Dr A. \_\_\_\_\_ a en effet attesté une totale incapacité de travail à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2016 en raison d'une décompensation sur le plan psychique.

Les experts du K. \_\_\_\_\_ ont toutefois retenu que la capacité de travail sur le plan psychique avait toujours été totale, en dehors des périodes d'arrêt de travail attestées en matière d'assurance perte de gain, qu'ils qualifient d'inflexions ponctuelles de la capacité de travail (expertise p. 72). Ces dernières ne sauraient dès lors constituer des périodes d'incapacité de travail de longue durée susceptibles d'avoir une influence en matière de prestations d'invalidité.

Tel est notamment le cas de l'incapacité de travail précitée. Il ressort d'ailleurs des pièces envoyées à l'OAI par l'assureur perte de gain que ce dernier a fait réaliser une expertise psychiatrique de la recourante auprès du Dr Y.\_\_\_\_\_. Le rapport d'expertise n'a toutefois pas été transmis à l'OAI. Cependant, dans son rapport du 15 novembre 2017 (p. 7), le Dr S.\_\_\_\_\_ mentionne à ce sujet que l'expert psychiatre a conclu à la reprise du travail sans restriction. La recourante lui a en outre fait part qu'elle ressentait une légère amélioration de sa thymie depuis peu, et il apparaît qu'elle a mis fin à ses consultations psychiatriques en décembre 2017, comme l'indique le Dr J.\_\_\_\_\_ (rapport du 2 juillet 2018). Il n'y a ensuite plus eu de suivi spécialisé sur le plan psychiatrique en 2018-2019. Le 5 juillet 2019, le Dr A.\_\_\_\_\_ ne faisait pas état d'une incapacité de travail pour des motifs psychiques et mentionnait une amélioration de l'humeur et une diminution de la symptomatologie dépressive, la situation restant précaire avec un risque de rechute. En mars 2020, l'assurée a informé l'OAI, lors d'un entretien téléphonique, du fait qu'elle avait retrouvé un emploi à 40 % comme chauffeur de bus, dès septembre 2019, avec un taux qui avait pu être augmenté par la suite ; elle avait cessé le traitement antidépresseur, même si la situation restait sensible.

**bb)** La recourante invoque par ailleurs qu'elle était en totale incapacité de travailler entre le 1<sup>er</sup> octobre 2016 et le 31 octobre 2017 à tout le moins, en raison de lombalgies basses, de cervico-brachialgies gauches et de douleurs chroniques primaires avec tendance de généralisation et probable sensibilisation centrale.

Il apparaît en effet qu'à la suite des arrêts de travail pour motifs psychiques, le Dr A.\_\_\_\_\_ a continué d'attester une totale incapacité de travail en raison des lombalgies présentées par la recourante (cf. expertise du Dr S.\_\_\_\_\_ du 15 novembre 2017 p. 7). Lors de ses examens des 23 août et 6 septembre 2017, le Dr R.\_\_\_\_\_ a observé une lombalgie invalidante en l'absence de tout syndrome lombo-vertébral et une douleur déclenchée par l'insertion du ligament iliolumbaire, qui a pu être calmée par une infiltration. Il a constaté que les troubles dégénératifs mis en évidence par l'IRM lombaire pratiquée le 16

janvier 2017 étaient banaux (rapport du 6 septembre 2017). Les experts du K. \_\_\_\_\_ ont observé qu'il s'agissait de lombalgies mécaniques, sans signes de compression radiculaire des membres inférieurs, et estimé que ce discret syndrome lombaire n'était pas incapacitant (expertise pp. 32-33). Au vu des éléments au dossier, on ne saurait en effet estimer que les lombalgies ont conduit à une incapacité de travail de longue durée, d'autant moins qu'elles ont pu être traitées efficacement par les infiltrations auxquelles a procédé le Dr R. \_\_\_\_\_.

La recourante a par ailleurs souffert d'une aggravation de ses cervicalgies début 2017 et une hernie discale C6-C7 a été mise en évidence en mars 2017. Le Dr S. \_\_\_\_\_ a fait état d'une évolution favorable dans son rapport du 15 novembre 2017. Les experts du K. \_\_\_\_\_ ont retenu les diagnostics de syndrome cervical sans signes cliniques de compression radiculaire des membres supérieurs sur une hernie discale latérale (foraminale) gauche C6-C7 avec contrainte de la racine C7 du côté gauche et également de discopathie du segment C5-C6 avec léger rétrécissement foraminal du côté droit. Ils ont estimé que ce problème cervical n'était pas compatible avec des activités nécessitant une surcharge mécanique des ceintures scapulaires et la station assise prolongée. Pour cette raison, ils ont estimé que la capacité de travail de la recourante devait être limitée à 50 % dans son activité de conductrice de bus (expertise p. 56). Ils ont toutefois considéré que dans une activité adaptée, à savoir notamment sans surcharges mécaniques des ceintures scapulaires ni position assise prolongée, la capacité de travail de la recourante était entière à partir du 2 décembre 2016 (expertise p. 57).

**cc)** La recourante fait en outre remarquer que dans son avis du 2 décembre 2016, le Dr S. \_\_\_\_\_ considérait que l'activité de surveillante d'un espace de détente était possible, sauf pour ce qui concerne le fait de porter secours à une personne en plein malaise, et que la profession de serveuse ne pouvait être exercée qu'à 50 % en raison des contraintes physiques pour les épaules. Elle en conclut que son incapacité de travail était totale depuis le 15 décembre 2015.

Force est de constater que ces considérations ont trait à la capacité de travail de la recourante dans ses activités habituelles. Or, dans cette même expertise, le Dr S.\_\_\_\_\_ précise que la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée est entière (cf. question 6 du questionnaire AI p. 15).

**dd)** Les limitations fonctionnelles retenues par les experts du K.\_\_\_\_\_ sont l'absence de port fréquent de charges supérieures à 5 kg, les surcharges mécaniques des ceintures scapulaires, en particulier en porte-à-faux, les mouvements de force sollicitant les membres supérieurs, ainsi que la station assise et debout prolongée (expertise p. 37).

Sur le plan psychique, la capacité de travail est, selon les experts du K.\_\_\_\_\_, de 100 % au sein d'une activité adaptée aux difficultés anxieuses et somatiques de la recourante et adaptée à ses compétences intrinsèques. Cela pourrait être l'activité habituelle de conductrice de bus mais avec des exigences horaires moins importantes (*ibidem*).

Les limitations fixées par les experts rejoignent celles arrêtées par le Dr S.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 15 novembre 2017 et par le Dr A.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 5 juillet 2019.

Le SMR a résumé les limitations fonctionnelles de la recourante comme suit : pas de travail de nuit ou d'horaires irréguliers, pas de port de charges fréquent de plus de 5 kg, pas de surcharge mécanique des ceintures scapulaires ni de travail les bras au-dessus du plan des épaules, pas de station assise et debout prolongée, possibilité de varier les positions, pas de conduite professionnelle.

**ee)** Dans ses avis des 15 juillet et 18 septembre 2020, le SMR a estimé que le début de l'aptitude à la réadaptation était intervenu au plus tard en juin 2016. Ce faisant, il s'écarte sans explication des conclusions de l'expertise.

Dans leur évaluation consensuelle, les experts ont en effet fixé au 2 décembre 2016 la récupération d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (expertise p. 37). Il convient de relever que dans le volet rhumatologique de l'expertise, le Dr T.\_\_\_\_\_ avait retenu, semble-t-il dans un premier temps, qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée existait depuis le 15 novembre 2017, soit la date du dernier rapport d'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_. De son côté, l'assureur-accidents a considéré que la situation de la recourante s'était stabilisée en date du 15 septembre 2017, à savoir le jour de l'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_ (décision de N.\_\_\_\_\_ du 9 janvier 2018, confirmée sur opposition, puis sur recours ; cf. arrêt CASSO AA 136/18 - 142/2019 du 1<sup>er</sup> novembre 2019).

Si l'on examine les rapports médicaux au dossier, l'on constate que dans son expertise du 27 décembre 2015, le Dr S.\_\_\_\_\_ soulignait l'influence de la pathologie neurologique du nerf circonflexe dans l'évolution de l'épaule (rapport p. 11) et subordonnait la stabilisation de l'état de santé au rétablissement des pathologies telles que la neuropathie du nerf circonflexe, et éventuellement du nerf radial (rapport p. 12). Dans son rapport du 19 mai 2016, le Dr B.\_\_\_\_\_ estimait qu'une évaluation neurologique était nécessaire et avait sollicité le Dr R.\_\_\_\_\_ à cet effet. Il existait donc à cette époque un besoin d'investigation complémentaire sur le plan neurologique. Dans ce contexte, le Dr R.\_\_\_\_\_ a examiné la recourante en date du 23 août 2016. Il a conclu à une amélioration de la situation, tant pour le nerf radial gauche que pour le nerf circonflexe, même s'il subsistait une importante dénervation dans le chef moyen du deltoïde (rapport du 30 août 2016). Dans son expertise du 2 décembre 2016, le Dr S.\_\_\_\_\_ a estimé que la situation était déjà largement stabilisée, mais espérait encore une amélioration au niveau neurologique, puisque l'atteinte probablement plexuelle semblait encore déployer des effets. Il a estimé que la capacité de travail dans l'activité de serveuse serait à nouveau de 100 % en cas d'amélioration de l'état de réinnervation du muscle deltoïde gauche et, partant, de son endurance. Mais il reconnaissait déjà à la recourante une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Au vu de ces éléments, il se justifie, à l'instar des experts dans leur évaluation consensuelle, de retenir la date du 2 décembre 2016 pour l'aptitude à la réadaptation dans une activité adaptée à plein temps. La question de l'incapacité de travail depuis mai 2020, en lien notamment avec un effondrement psychique de l'assurée, demeure réservée (cf. consid. 7 ci-après).

**d)** L'OAI a mis fin au droit à la rente en date du 31 août 2016 au motif que la recourante avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à partir de juin 2016. Or, comme établi ci-dessus, ce n'est qu'à partir du 2 décembre 2016 qu'il se justifie d'admettre que la recourante a récupéré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. La recourante ne soulève aucun grief en lien avec le calcul du degré d'invalidité effectué par l'OAI et celui-ci n'apparaît en effet pas critiquable. Dans la mesure où le taux d'invalidité de la recourante n'était plus que de 7 % à partir du 2 décembre 2016, il convient de mettre fin à son droit à la rente au 28 février 2017, en application de l'art. 88a al. 1 RAI.

**7. a)** La recourante reproche finalement à l'OAI de ne pas avoir statué dans sa décision sur l'aggravation de son état de santé qui a été rendue plausible à partir du mois de mai 2020, relevant que cette aggravation était intervenue avant la décision du 19 mars 2021.

L'OAI a estimé que cette situation devait faire l'objet d'une nouvelle demande de prestations et que, dans la mesure où il s'agissait d'un nouveau cas d'assurance, un droit à la rente ne pourrait intervenir qu'au plus tôt en mai 2021.

**b)** Selon la jurisprudence, la survenance d'une atteinte à la santé totalement différente de celle qui prévalait au moment du refus d'une première demande de prestations et propre, par sa nature et sa gravité, à causer une incapacité de travail de 40 % au moins en moyenne sur une année a, compte tenu de l'absence de connexité matérielle avec

la situation de fait prévalant au moment du refus de la première demande de prestations, pour effet de créer un nouveau cas d'assurance (ATF 136 V 369 consid. 3.1 et les références ; TF 9C\_697/2015 du 9 mai 2016 consid. 3.2 et les références). Le principe de l'unicité de la survenance de l'invalidité cesse en effet d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les diverses phases, qui en deviennent autant de cas nouveaux de survenance de l'invalidité (TF 9C\_472/2016 du 29 novembre 2016 consid. 5.2 ; TF 9C\_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 5.2 et les références citées).

**c)** En l'occurrence, il apparaît clairement que les motifs à l'origine de la nouvelle incapacité de travail survenue en mai 2020 sont sans rapport avec les précédentes atteintes présentées par la recourante, mais qu'ils sont liés à son poste de travail de conductrice de bus scolaire. Il ressort en effet de l'expertise du K. \_\_\_\_\_ que la capacité de travail de la recourante s'est infléchie au fur et à mesure des accidents de la voie publique qu'elle avait eus durant l'année écoulée, puis s'est effondrée lors de la signification de son licenciement (rapport p. 72). Dans son rapport du 26 septembre 2020, le Dr C. \_\_\_\_\_ expose que la recourante a subi un harcèlement moral au travail, à l'origine d'un important état de tension et de bouffées d'angoisse dilacérante l'entraînant à la faute dans sa fonction de conductrice de car. Il s'agit donc d'un nouveau cas d'assurance, pour lequel l'octroi de prestations d'invalidité n'est envisageable qu'après notamment l'écoulement du délai de carence de l'art. 28 al. 1 let. b LAI. Dans ce contexte, l'OAI était légitimé à nier le droit à une rente pour la période courant jusqu'à la décision litigieuse. Il lui appartiendra en revanche d'examiner d'office la question du droit aux prestations pour la période postérieure à l'effondrement psychique intervenu au mois de mai 2020.

Cela implique qu'il n'y a pas lieu, dans le cadre du présent litige, de statuer sur le droit aux prestations pour la période postérieure à mai 2020.

**8. a)** En définitive, le recours doit être partiellement admis. Les décisions litigieuses sont réformées en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars 2013 au 28 février 2014, puis à une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars 2014 au 29 février 2016, puis à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars 2016 au 28 février 2017.

**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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre par 300 fr. à la charge de la partie recourante et par 300 fr. à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

La partie recourante obtient partiellement gain de cause et a droit à une indemnité de dépens réduits à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

- I.** Le recours est partiellement admis.
  
- II.** Les décisions rendues le 19 mars 2021 sont réformées en ce sens que G.\_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars 2013 au 28 février 2014, puis à une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars 2014 au 29 février 2016, puis à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars 2016 au 28 février 2017.

**III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de la recourante par 300 fr. (trois cents francs) et à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud par 300 fr. (trois cents francs).

**IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à G.\_\_\_\_\_ la somme de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Marc Mathey-Doret (pour G.\_\_\_\_\_),
- 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 :