

# **VD\_FINDINFO AI 391/19 - 219/2021 vom 20. Juli 2021**

VD Tribunal cantonal, 2021-07-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_391\\_19\\_-\\_219\\_2021](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_391_19_-_219_2021)

FR: VD\_FINDINFO AI 391/19 - 219/2021 du 20 juillet 2021

IT: VD\_FINDINFO AI 391/19 - 219/2021 del 20 luglio 2021

## **Regeste**

ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ARTHROSE, ADMISSION PARTIELLE, ÂGE, MESURE D'ORDRE PROFESSIONNEL, RENTE TEMPORAIRE | 28 LAI, 4 LAI, 8 LAI, 17 LPGA

## **Erwägungen**

### **E. 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.

### **E. 2**

Le litige a pour objet le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement son droit à une rente au-delà du 28 février 2017.

### **E. 3**

a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 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) Lorsque la rente a été refusée parce que

le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. d) En particulier, une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). e) A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

#### **E. 4**

a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine

du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). c) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; 9C\_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1).

## **E. 5**

a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7). b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la

vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

## **E. 6**

a) En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la seconde demande de prestations AI déposée par la recourante et a procédé à une instruction en requérant notamment des avis auprès de ses médecins traitants et en ordonnant deux expertises. Il convient d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force du 3 mai 2012 et la décision litigieuse du 18 octobre 2019, l'état de santé de l'intéressée s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations AI. b) Sur le plan psychique, l'OAI n'a pas retenu d'atteintes incapacitantes dans sa décision du 3 mai 2012. Les rapports subséquents du Dr M. \_\_\_\_\_ ne mettent pas en évidence d'éléments d'aggravation depuis lors. Il considère au contraire dans son rapport du 13 novembre 2015 que les atteintes psychiques de son ancienne patiente ne sont pas incapacitantes et, dans son rapport du 22 juin 2018, il ne se prononce pas sur la capacité de travail, suggérant la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Il n'y aurait d'ailleurs plus de suivi psychiatrique depuis le mois de novembre 2017, ce qui est a priori significatif de l'absence d'aggravation au-delà de cette date. L'expertise du Dr N. \_\_\_\_\_ le confirme, ce praticien ne retenant pas d'atteinte psychique incapacitante. S'agissant de cette expertise, dont la vocation première était de vérifier l'hypothèse d'un trouble somatoforme douloureux, elle a pleine valeur probante au regard des critères jurisprudentiels (cf. consid. 5 supra). L'expertise est fondée sur les rapports médicaux au dossier, une anamnèse particulièrement détaillée, spontanée puis orientée, tant sur le plan médical, que familial, personnel, professionnel et social. Elle contient également les plaintes de la recourante et des informations relatives à ses activités quotidiennes. L'expert rapporte également ses observations s'agissant du comportement et de l'apparence de la recourante ainsi que ses constatations ressortant de l'examen clinique. L'expert a tout d'abord posé les diagnostics de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychiques (F68.0) et d'accentuation de traits de la personnalité histrionique (Z73.1). Ce faisant, il a posé un diagnostic selon les règles de l'art, en se référant à la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la Santé (CIM-10). Certes, ces diagnostics divergent de ceux posés par le Dr M. \_\_\_\_\_. Il faut néanmoins rappeler que du point de vue de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic, mais l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est déterminant (cf. TF 9C\_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2). Cela étant, les divergences entre l'expert et le Dr M. \_\_\_\_\_ sont mineures. L'expert a écarté le diagnostic d'épisode dépressif majeur après avoir notamment constaté que l'expertisée donnait une description positive de sa personnalité, gardait l'espoir d'une amélioration de sa situation, surmontait ses plaintes pour mener une vie organisée en fonction de ses préférences, sans attitude morose ou pessimiste. Il explique

de surcroît que les symptômes affectifs légers caractérisant l'un des diagnostics retenus par le Dr M. \_\_\_\_\_ constituent un phénomène d'accompagnement de la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (rapport d'expertise du 14 novembre 2018, page 28, 2<sup>ème</sup> paragraphe). L'expert a relevé à cet égard que cela entraînait typiquement des moments de tristesse et de déception chez l'assurée. L'expert a également exclu le diagnostic de trouble de la personnalité retenu par le Dr M. \_\_\_\_\_. Il a en particulier observé que l'assurée menait une vie autonome sans perturbation sévère de la constitution caractérologique persistant depuis l'adolescence ( ibidem , page 29). L'expert a cependant indiqué que les particularités de fonctionnement de l'expertisée correspondaient à l'accentuation de traits de personnalité histrionique. En tout état de cause, il sied de préciser que le Tribunal fédéral a déjà été amené à constater que des traits de personnalité n'avaient en principe pas valeur de maladie psychiatrique (cf. p. ex. TF 9C\_894/2015 du 25 avril 2016 consid. 5.1). L'expert a spécifié à ce titre que les plaintes de l'assurée contrastaient avec ses propres observations cliniques et l'absence de traitement antalgique. Enfin, selon l'expert, l'ensemble du tableau clinique était insuffisant pour retenir un syndrome douloureux somatoforme persistant. S'agissant du degré de gravité fonctionnel et des ressources, le constat d'une pleine capacité de travail n'est nullement critiquable, au vu des observations de l'expert figurant dans les rubriques anamnèse orientée, habitudes, vie sociale, vie quotidienne. Il apparaît en effet que l'assurée mène une vie autonome, gère seule ses finances et la tenue de son ménage. Elle décrit également ses journées de manière positive, se baladant en forêt, rencontrant des amis ou s'intéressant à la littérature, la peinture et certaines émissions de télévision. Elle réalise par ailleurs des exercices quotidiens d'ergothérapie pour sa main droite. On relèvera encore que l'assurée n'a plus de suivi psychiatrique depuis le mois de novembre 2017, que le suivi antérieur a été limité dans le temps et n'a pas donné lieu à une prescription de traitement antidépresseur de longue durée. L'expert a également décrit l'assurée comme quelqu'un de souriant et entrant en contact de manière joviale. Le Dr N. \_\_\_\_\_ a enfin relevé que l'assurée avait participé activement à 5 heures d'examen, sans montrer de signes de fatigue après des efforts minimes, ni de diminution majeure de l'attention ou de la concentration (rapport d'expertise du 14 novembre 2018, p. 27 in fine ). Ces observations contredisent dès lors les critiques de la recourante quant au stress généré par l'expertise. Tous ces éléments plaident en outre en faveur d'un faible degré de gravité fonctionnel et de l'existence de ressources importantes chez l'assurée, permettant d'exclure tout caractère incapacitant aux diagnostics retenus. Les appréciations des Drs M. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ se rejoignent ainsi quant à la capacité de travail de l'assurée, contrairement à ce qu'elle allègue. Les propos du psychiatre traitant s'agissant de la faible probabilité d'une reprise d'activité doivent en effet être replacés dans leur contexte : ce médecin lie l'incapacité de travail à l'atteinte somatique et au contexte psycho-social qui, selon lui, joue un rôle prédominant. Or, les facteurs psycho-sociaux ne sont pas du ressort de l'assurance-invalidité (TF 9C\_656/2017 du 26 mars 2018 consid. 5.3 ; TF 9C\_700/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.2.4.3). L'expert a par ailleurs procédé à une évaluation de l'évolution des traitements et discuté des chances de guérison, en particulier des mesures thérapeutiques à mettre en œuvre. L'expertise comprend enfin une évaluation de la cohérence et de la plausibilité. Le rapport d'expertise du Dr N. \_\_\_\_\_ remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui accorder une pleine valeur probante et aucun rapport médical contemporain ou postérieur ne permet d'en remettre en cause les conclusions s'agissant de l'absence d'incapacité de travail inhérente aux troubles psychiques. c) Sur le plan somatique, l'intimé s'est fondé sur les constatations

du Dr Q.\_\_\_\_\_ figurant dans son rapport d'expertise du 22 mai 2018 et son complément du 20 décembre 2018, pour retenir que la recourante présentait à nouveau une pleine capacité de travail dans son activité habituelle à partir du 7 novembre 2016. Du rapport d'expertise du 22 mai 2018 du Dr Q.\_\_\_\_\_, il ressort que l'allégation de douleurs par la recourante, douleurs empirant de surcroît entre les deux examens cliniques, ne correspondait pas à ce qui était objectivement attendu dans les suites de l'arthrodèse, raison pour laquelle il a émis l'hypothèse d'un trouble somatoforme douloureux et préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Il lui appartenait cependant de traiter la question essentielle qui lui était posée, savoir l'analyse de la capacité de travail sur le plan somatique ainsi que des limitations fonctionnelles sur la base des examens cliniques du membre supérieur droit ou sur la base des rapports de ses confrères figurant au dossier. En l'occurrence, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a d'abord conclu, dans son rapport d'expertise du 22 mai 2018, à une capacité de travail nulle de l'assurée pour ensuite revenir sur ses conclusions dans un complément du 20 décembre 2018, après communication d'extraits de l'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_, mais sans réexamen de la recourante, ni développement de son appréciation. En outre, il nie l'existence de limitations fonctionnelles tout en retenant une capacité de travail de 100 % dans les « activités exigibles ». Ce qualificatif présuppose en l'occurrence une activité adaptée, et par conséquent des limitations fonctionnelles. En présence d'un complément lacunaire, voire contradictoire, il aurait pu être attendu de l'OAI d'interpeller une seconde fois l'expert pour requérir les précisions nécessaires à la détermination de la capacité de travail. Cette abstention de l'OAI ne permet cependant pas à elle seule d'aboutir au constat d'une instruction lacunaire sans examiner au préalable si d'autres pièces médicales au dossier pourraient se voir reconnaître une pleine valeur probante. En l'occurrence, hormis l'examen radiographique du 29 mars 2018 et les certificats médicaux du Dr X.\_\_\_\_\_ attestant sans discontinuer d'une incapacité de travail totale, n'ont été produits au dossier, en relation avec l'atteinte à l'index droit ou plus largement du membre supérieur droit depuis le 7 novembre 2016, que les avis du SMR. d) C'est le lieu de rappeler que les avis médicaux du SMR, de par leur nature, n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ces rapports ne sont toutefois pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées). e) En l'espèce, dans son avis du 23 janvier 2019, le Dr T.\_\_\_\_\_ s'est fondé sur les observations cliniques de l'examen du 7 novembre 2016, en particulier sur l'examen ostéoarticulaire, pour arrêter le terme de l'incapacité de travail à cette date. Pour mémoire, lors de cet examen, la fonction de l'épaule droite était quasi complète et l'index droit présentait un aspect dystrophique depuis l'articulation IPP jusqu'à son extrémité, avec un enroulement incomplet. Il a conclu qu'il n'existait pas de données objectives justifiant la reconnaissance d'une quelconque incapacité de travail dans une « activité adaptée aux compétences de l'assurée ». Dans son avis subséquent du 21 mai 2019, le Dr T.\_\_\_\_\_ considère que l'atteinte objective de l'index droit et de l'ensemble du membre supérieur droit doit être considérée comme modeste et relève les lacunes et contradictions de l'appréciation de la capacité de travail sur le plan somatique. f) En l'occurrence, il apparaît que lors de l'examen clinique du 7 novembre 2016 par l'expert Q.\_\_\_\_\_, la fonction de

l'épaule droite était quasi complète, sous réserve d'une élévation limitée à 90 degrés, ce qui autorise à retenir l'absence de modification notable depuis la décision du 3 mai 2012, laquelle admettait déjà une limitation dans les activités nécessitant une abduction et une élévation du membre supérieur droit. S'agissant de l'atteinte à l'index droit, le Dr T. \_\_\_\_\_ considère, sur la base de l'examen clinique du 7 novembre 2016 et du rapport radiologique du 29 mars 2018, que l'atteinte est objectivement modeste. Si le rapport d'expertise du Dr Q. \_\_\_\_\_ mentionne clairement les observations résultant de l'examen ostéoarticulaire du 7 novembre 2016, en revanche, il n'est pas fait état d'un tel examen lors de la consultation du 29 mars 2018. En l'absence de rapport d'examen clinique par un médecin somaticien depuis le 7 novembre 2016, et quand bien même il paraît effectivement pouvoir être admis que l'atteinte à l'index droit est objectivement modeste, il s'avère impossible d'apprécier si celle-ci entraîne des limitations fonctionnelles, respectivement si l'activité habituelle de la recourante est adaptée. La seule mention par le Dr T. \_\_\_\_\_ d'une capacité de travail dans une « activité adaptée aux compétences de l'assurée » ne permet pas de se prononcer. En l'état, il n'est donc pas possible de déterminer si cette atteinte entraîne une modification notable. g) En procédure judiciaire, la recourante a encore fait valoir la survenance d'un SDRC du pied droit, allégation étayée par la production de deux ordonnances d'ergothérapie, délivrées postérieurement à la décision litigieuse. Quand bien même le diagnostic de SDRC à l'origine de l'ergothérapie serait antérieur à la décision attaquée, il n'apparaît pas que cette atteinte entraîne une modification importante de l'état de santé de la recourante. Il sera notamment observé que lors de la première demande déjà, le syndrome d'algo-neurodystrophie aux deux pieds avait déjà retenu après une cure d'hallux valgus (rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ du 20 février 2009) pour être considéré sans influence sur la capacité de travail (rapport SMR du 13 juillet 2010 du Dr B. \_\_\_\_\_). A cela s'ajoute qu'aucun rapport médical d'un spécialiste en orthopédie n'atteste d'une péjoration, la prescription de deux ordonnances d'ergothérapie ne suffisant en l'occurrence pas.

## **E. 7**

Cela étant, quand bien même les éléments font défaut pour apprécier l'évolution de l'atteinte à l'index droit et ses répercussions sur la capacité de travail de la recourante au-delà du 7 novembre 2016, une instruction médicale complémentaire ne s'impose pas, compte tenu de la jurisprudence en matière de mesures de réadaptation, exposée ci-dessous. a) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital). b) Il arrive que l'octroi préalable de mesures de réadaptation constitue une condition sine qua non, d'un point de vue professionnel, à la valorisation économique de la capacité de travail (TF 9C\_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7). La jurisprudence considère ainsi qu'il existe des situations dans lesquelles, avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, y compris dans le cadre d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps (ATF 145 V 209), l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution

du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGa) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGa), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (TF 9C\_707/2018 du 26 mars 2019 et les références citées ; TF 9C\_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.2 et les références citées ; TF 9C\_800/2014 du 31 janvier 2015 ; TF 9C\_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 4.4 et les références citées). Il en découle, sous réserve de cas où l'assuré dispose d'emblée de capacités suffisantes lui permettant une réadaptation par soi-même (TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 5.2 et les références citées, TF 8C\_582/2017 du 22 mars 2018 consid. 6.3 ; TF 9C\_183/2015 du 19 août 2015 consid. 5), que ce n'est qu'à l'issue d'un examen concret de la situation de l'assuré et de la mise en œuvre d'éventuelles mesures de réadaptation sur le marché du travail que l'office AI peut définitivement statuer sur la révision de la rente d'invalidité et, le cas échéant, réduire ou supprimer le droit à la rente. Par conséquent, dans ces situations, l'examen et l'exécution des éventuelles mesures constituent une condition de la suppression (ou réduction) de la rente, cette suppression (ou réduction) ne pouvant prendre effet antérieurement (TF 8C\_582/2017 du 22 mars 2018 consid. 6.4 ; TF 8C\_446/2014 du 12 janvier 2015 consid. 4.2.4 non publié in ATF 141 V 5, mais dans SVR 2015 IV n° 19 p. 56 ; TF 9C\_409/2012 du 11 septembre 2012 consid. 2.3, in SVR 2011 IV n° 73 p. 220). Demeure ouverte la question de savoir si la réalisation des critères (durée de 15 années d'allocation de la rente ou accomplissement de la 55<sup>e</sup> année) doit être examinée par rapport au moment du prononcé de la décision de suppression de la rente ou à celui à partir duquel cette prestation a été supprimée (ATF 145 V 209 consid. 5.4 ; 141 V 5 ; 138 V 457). Cette question peut néanmoins demeurer indécise dans le cas particulier. c) En effet, si la recourante a bénéficié d'une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, elle avait déjà plus de 55 ans au 28 février 2017, date de la suppression de cette rente. Elle appartient ainsi à la catégorie d'assurés dont il convient de présumer qu'ils ne peuvent en principe pas entreprendre de leur propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'eux pour tirer profit de leur capacité résiduelle de travail, peu importe à cet égard qu'elle présente une invalidité inférieure à 20 % (TF 9C\_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.1 et 5.2). d) Au vu des principes développés ci-avant, la recourante aurait pu prétendre à l'octroi de mesures de réadaptation. En l'occurrence, la recourante a déjà atteint l'âge légal de la retraite, ce qui implique qu'un pronostic soit rétroactivement posé sur les chances de succès de telles mesures (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références citées), celles-ci ne devant pas être allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'AI, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C\_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 9.2 et la référence citée). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1). La

recourante n'a plus exercé d'activité professionnelle depuis son licenciement au 1<sup>er</sup> avril 2013. Elle bénéficie de certificats médicaux constatant son incapacité de travail depuis le 11 février 2014. Elle était ainsi éloignée du monde professionnel depuis quasiment quatre ans à la date du 28 février 2017 et il ne ressort pas des pièces au dossier que la perspective d'un retour en emploi se serait présentée à elle. Objectivement, une réadaptation par soi-même n'aurait pas apparue exigible. Dans le cadre de la procédure de révision, l'OAI a envisagé l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle et a adressé à cet effet une communication à la recourante le 28 mai 2015, demeurée sans suite ensuite de la renonciation par l'intimé lui-même à la mise en œuvre de la mesure, en raison de l'état de santé de la recourante. Aucune mesure de réadaptation n'a été proposée ultérieurement à l'intéressée, ni préconisée par les experts, de telle sorte qu'il ne peut être établi que son aptitude subjective à la réadaptation aurait fait défaut. e) Au vu de ce qui précède, il apparaît que quand bien même une pleine capacité de travail dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée pourrait être reconnue à la recourante au-delà du 7 novembre 2016 à la faveur d'une instruction complémentaire, la reprise d'une activité professionnelle n'était pas exigible sans examen de la mise en œuvre préalable de mesures de réadaptation, en particulier d'une mesure d'orientation professionnelle, dont l'intimé ne saurait disconvenir de la nécessité compte tenu de sa communication du 28 mai 2015. En conséquence, il y a lieu de maintenir le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité jusqu'au 18 octobre 2019, date de la décision entreprise qui définit le cadre temporel de l'examen du juge (cf. TF 9C\_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 4 et les références citées). Le dossier sera retourné à l'OAI pour qu'il se prononce sur le maintien du droit à la rente pour la période postérieure au 18 octobre 2019, étant souligné que la personne assurée cesse d'avoir droit à la rente d'invalidité dès qu'elle peut prétendre à la rente de vieillesse de l'AVS (cf. art. 30 LAI). f) La recourante conclut à l'octroi d'une rente entière dès le 11 février 2014. Si l'incapacité de travail a effectivement débuté à cette date, la demande de prestations a été déposée le 9 février 2015, avec pour corollaire que le droit au versement de la rente ne prend naissance que le 1<sup>er</sup> août 2015, soit à l'échéance du délai de 6 mois prévu par l'art. 29 al. 1 LAI.

#### **E. 8**

S'agissant du grief de violation du droit d'être entendu, il peut être renoncé à son examen, son éventuelle admission ne pouvant en l'espèce que contrevenir au principe de la simplicité de la procédure prévalant en droit des assurances sociales.

#### **E. 9**

a) En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que G. \_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> août 2015 au 18 octobre 2019, la cause étant pour le surplus retournée à l'office afin qu'il statue sur le droit à la rente pour la période postérieure au 18 octobre 2019. 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). En l'occurrence, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe. c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPG), qu'il convient d'arrêter à 2'500 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 mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.