

VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 373 vom 17. Januar 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-01-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2017__373

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 373 du 17 janvier 2018

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 373 del 17 gennaio 2018

Regeste

ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ |
17 al. 1 LAI, 28 LAI

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 17.01.2018 Arrêt / 2017 / 373

ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ |
17 al. 1 LAI, 28 LAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 229/15 - 18/2018 ZD15.036434 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 17 janvier 2018 _____ Composition : Mme Röthenbacher ,

présidente M. Métral, juge, et M. Bidiville, assesseur Greffière : Mme Kreiner

***** Cause pendante entre : A. _____ , à [...], recourante, représentée par Me

Antonella Cereghetti Zwahlen, avocate à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour
le canton de Vaud , à Vevey, intimé. _____ Art. 17 al. 1 LAI et 28 LAI E n f a

i t : A. A. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], droitière, travaillait à

plein temps comme esthéticienne indépendante depuis le 3 octobre 1991. Le 20 janvier

2014, l'assurée a complété un formulaire de détection précoce à l'attention de l'Office de

l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant

présenter une incapacité de travail depuis le 12 octobre 2012 en raison de complications

suite à une opération du tunnel carpien. Dans un courrier d'accompagnement du même jour,

elle a notamment expliqué ce qui suit : " Je suis esthéticienne indépendante travaillant à

plein temps depuis 1991. J'exerçais ce métier manuel sollicitant à 100 % mes deux mains de

manière importante dont des gestes répétitifs et cela des heures durant, jusqu'à une

opération du tunnel carpien de la main droite par endoscopie le 12.10.2012. Depuis ce jour,

à part des périodes d'essais de reprise de mon activité, je suis dans l'incapacité totale de

travailler suite à cette opération. Des complications ont nécessité une nouvelle opération qui

a été effectuée le 18.10.2013. La situation est très préoccupante. La guérison de ma main

pose encore à ce jour un problème majeur. Les conséquences financières qui en découlent

m'obligent à vous annoncer le cas. Mon but est de reprendre mon activité professionnelle à

100 %." Selon un rapport d'entretien de détection précoce daté du 14 février 2014, relatif à

un entretien ayant eu lieu la veille, dans le cadre de son activité, l'intéressée effectuait

beaucoup de massages aux visages, pieds et mains et des épilations. S'agissant de sa

situation de santé, il ressortait du rapport qu'elle suivait trois fois par semaine des séances

de physiothérapie et d'ergothérapie, dont une à l'Hôpital [...] à [...] (ci-après : O. _____)

et deux au Centre hospitalier [...] (ci-après : G. _____). Au terme de l'entrevue, l'assurée

a été invitée à déposer une demande de prestations de l'assurance-invalidité. L'intéressée a

déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 12 mars 2014. Dans ce

cadre, elle a notamment produit une attestation du 20 septembre 2011 du Dr Q. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, selon laquelle elle avait bénéficié d'un travail psychothérapeutique depuis le 25 septembre 2001, comptabilisant 49 heures d'entretiens psychothérapeutiques individuels, 40 heures d'entretiens de couple et 18 heures d'entretiens de famille. Dans un rapport médical du 18 mars 2014, le Dr P. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, qui a traité l'assurée du 23 novembre 2011 au 26 juin 2013, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome post-opératoire douloureux d'origine non éclairée post cure syndrome de canal carpien droit (12 octobre 2012), de révision du tunnel carpien et neurolyse de la branche palmaire du nerf médian (18 octobre 2013 à [...]) et de charge psychosociale difficile. Pour le surplus, il a invité l'OAI à se renseigner auprès de la Prof. N. _____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main, à [...]. Le spécialiste a produit un certificat médical du 24 juin 2013, dans lequel il avait retenu que la patiente souffrait d'une probable neuropathie cicatricielle post cure de syndrome de canal carpien, examinée par électrophysiologie avec des valeurs pathologiques, avant l'opération du 12 octobre 2012, ainsi qu'un rapport de la Prof. N. _____ du 20 août 2013 et un protocole opératoire daté du 22 octobre 2013 relatif à l'intervention du 18 octobre 2013. Selon un extrait du compte individuel AVS (assurance-vieillesse et survivants) imprimé le 19 mars 2014, l'assurée avait réalisé un revenu provenant de son activité indépendante de 26'000 fr. en 2006, de 30'600 fr. en 2007, de 8'698 fr. en 2008, de 28'100 fr. en 2009, de 27'800 fr. en 2010, de 33'500 fr. en 2011 et de 16'600 fr. en 2012. Elle avait également touché un montant de 960 fr. par année en 2006 et 2007 de l'Ecole [...] à [...]. Dans un rapport médical du 21 mars 2014, le Dr F. _____, médecin traitant de l'assurée depuis le 3 octobre 2012, a attesté une incapacité de travail totale de sa patiente dans sa profession d'esthéticienne depuis le 12 octobre 2012. Il a retenu comme restrictions à l'activité exercée des douleurs à la main droite à la pression, se manifestant par une impossibilité de faire des massages. Le praticien a estimé qu'une activité non manuelle pouvait être exercée à plein temps. S'agissant des travaux qui pouvaient encore être exigés dans le cadre d'une activité adaptée aux limitations dues à l'état de santé, il a retenu que depuis le « 10.10.2012 (sic) », l'intéressée ne pouvait pas pratiquer d'activités uniquement en position assise ou uniquement en position debout, ni principalement en marchant, qu'elle ne pouvait pas se pencher, ni travailler avec les bras au-dessus de la tête, qu'elle ne pouvait pas soulever ou porter des charges, ni monter sur une échelle ou un échafaudage. Elle pouvait par contre pratiquer à plein temps des activités dans différentes positions, accroupie, à genoux ou en rotation en position assise ou debout et monter les escaliers. Ses capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance n'étaient pas limitées. Dans un rapport médical du 27 mars 2014, indexé le 2 avril 2014 par l'OAI, la Prof. N. _____, qui traitait l'assurée depuis le 16 août 2013, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'allodynie et d'hypoesthésie du rameau palmaire du nerf médian droit. Elle a attesté une incapacité de travail totale de l'intéressée dans son activité de masseuse depuis le 12 octobre 2012, en raison de cicatrices douloureuses dans la zone de l'opération qui restreignaient la mobilité et la force. Elle a estimé que l'activité habituelle n'était probablement plus exigible d'un point de vue médical. S'agissant des travaux qui pouvaient encore être exigés dans une activité adaptée aux limitations dues à l'état de santé, la professeur a retenu que depuis le 24 février 2014, l'assurée pouvait exercer à plein temps des activités uniquement en position assise, uniquement en position debout, dans différentes positions ou principalement en marchant,

qu'elle pouvait se pencher, travailler accroupie, à genoux ainsi qu'en rotation en position assise ou debout et qu'elle pouvait monter sur une échelle ou un échafaudage et monter les escaliers. Elle ne pouvait par contre pas travailler avec les bras au-dessus de la tête à plus de 50 % ni soulever ou porter des charges supérieures à 8 kg. Ses capacités de concentration, compréhension, d'adaptation et de résistance n'étaient pas limitées. Dans un formulaire de détermination du statut (part active / part ménagère) du 2 mai 2014, l'assurée a allégué que, sans atteinte à la santé, son taux d'activité aurait été de 100 % par nécessité financière. Dans un rapport initial « IP » du 13 mai 2014, un collaborateur de l'OAI a notamment relevé ce qui suit : "Je lui propose une mesure d'orientation auprès de Différences et Compétences afin de l'aider à définir des cibles professionnelles adaptées. Elle est partante et nous convenons de faire l'annonce de suite." Par communication du 20 juin 2014, l'OAI a signifié à l'assurée qu'il prendrait en charge, à titre de mesures d'intervention précoce, les frais pour un cours de formation du 8 septembre au 2 octobre 2014 d'un montant de 4'900 francs. Dans un rapport du 30 juillet 2014, faisant état de la situation au 28 juillet 2014 après trois séances de rééducation sensitive de la douleur au Centre V. _____ de la Clinique [...], à [...], R. _____, ergothérapeute, a retenu les diagnostics connus de névralgie brachiale incessante de la branche cutanée palmaire du nerf ulnaire droit avec allodynie mécanique (stade IV de lésions axonales). Il a relevé que les douleurs liées à l'allodynie mécanique empêchaient un stage de réinsertion professionnelle, que la période de rééducation n'était pas terminée et qu'il fallait reporter le cours de formation précité de cinq mois. Par courrier du 18 août 2014, l'intéressée a voulu s'assurer que l'OAI informerait la responsable du cours de formation prévu en septembre 2014 qu'elle ne pourrait pas le suivre à ce moment-là pour les raisons décrites dans le rapport de l'ergothérapeute R. _____. Selon un document interne à l'OAI du 22 août 2014 faisant référence au rapport précité de l'ergothérapeute R. _____, la situation n'était pas stabilisée et aucune mesure d'intervention précoce n'était possible à ce moment-là. Un refus temporaire était préconisé. Par communication du 25 août 2014, l'OAI a signifié à l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible, pour la raison suivante : "Suite à notre entretien au 13 mai 2014, et après réflexion, vous nous avez clairement indiqué que vous ne pouviez pas aborder les mesures qui vous ont été proposées. Nous réinterrogerons vos médecins en fin d'année 2014, afin de connaître l'évolution de votre état de santé. Par conséquent : Nous examinons votre droit à d'éventuelles autres prestations. Vous recevrez ultérieurement un projet de décision à ce sujet. Toutefois, si l'instruction de votre dossier devait démontrer que des mesures professionnelles sont nécessaires, nous réexaminerons sans délai leur mise en œuvre. " Dans un document indexé par l'OAI le 24 novembre 2014, le Dr F. _____ a retenu que l'état de santé de l'assurée n'avait connu pratiquement aucune évolution depuis son dernier rapport de mars 2014. Le status clinique consistait en une névralgie brachiale incessante de la branche cutanée palmaire du nerf ulnaire droit et en une allodynie mécanique. Le praticien a estimé que la capacité de travail était nulle, tant dans l'activité habituelle d'esthéticienne, que dans une activité adaptée, en raison du fait que le bras droit et la main droite étaient inutilisables, et que l'intéressée, totalement incapable de travailler depuis le 12 octobre 2012, présentait « toutes » les limitations fonctionnelles. Il a ajouté qu'elle effectuait une rééducation sensitive au Service d'ergothérapie de la Clinique [...] et que la compliance et la motivation étaient excellentes. Dans un mandat SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) du 11 décembre 2014, l'OAI a motivé comme suite le passage au SMR : "notre assurée a refusé les MIP proposées – son MT reconduit l'IT totale et précise

comme LF que le bras et la main D sont inutilisables[.] Merci de nous communiquer votre avis : est-ce justifié, le cas échéant quelles mesures d'instruction médicale préconisez-vous ?" Dans un rapport du 5 février 2015 du SMR, la Dresse W. _____, médecin praticien auprès de ce service, a retenu comme atteinte principale à la santé une allodynie et une hyperesthésie de la main droite après cure de tunnel carpien. Elle a conclu que depuis le 12 octobre 2012, l'intéressée était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle mais disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, soit toute activité sollicitant peu la main et le bras droits, sans port de charge avec la main droite et n'exigeant pas de travailler avec les bras au-dessus de la tête. Elle a fixé le début de l'aptitude à la réadaptation au 24 février 2014. La praticienne a justifié son avis en ces termes : "[...] L'assurée a bénéficié d'une cure de tunnel carpien en octobre 2012 dont les suites sont marquées par un syndrome post-opératoire douloureux d'origine indéterminée nécessitant une révision du tunnel carpien avec neurolyse de la branche palmaire du nerf médian D le 18.10.2013 à l'O. _____ (RM Dr P. _____, chirurgie de la main 18.03.2014, RM Dr N. _____, chirurgie plastique et de la main, 22.10.2013). La situation semble lentement s'améliorer en post[-]opératoire, au moins en ce qui concerne la force dans la main D mais persistance de douleurs et hyperesthésies (RM Dr N. _____ 28.01.2014). Dans son rapport du 02.04.2014, la Dresse N. _____ atteste une CT de 100 % dans une activité adaptée sans port de charge avec la main D et n'exigeant pas de travailler avec des bras au-dessus de la tête, et une IT totale dans l'activité de masseuse et esthéticienne. [...] Nous ne retenons pas l'avis du Dr F. _____ en date du 24.11.2014 qui atteste une IT totale dans toute activité sans donner de raisons objectives, alors que ce même médecin attestait une CT totale dans une activité adaptée dans son précédent rapport (20.03.2014)." L'OAI a procédé à une « analyse économique pour les indépendants » le 7 avril 2015. L'enquêteur a calculé que le bénéfice d'exploitation de l'assurée s'était élevé à 30'691 fr. en 2007, 4'211 fr. en 2008, 24'099 fr. 2009, 29'392 fr. en 2010, 31'534 fr. en 2011 et 15'795 fr. en 2012, étant précisé qu'elle avait reçu en sus des indemnités journalières en 2008 (19'401 fr. 50) et 2009 (1'137 fr. 50). S'agissant de la détermination du revenu sans invalidité, il a indiqué avoir retenu les années 2007-2010-2011 (30'539 fr. en moyenne), majorées de l'AVS (5.845 %) selon la pratique constante de l'OAI, ce qui donnait 32'324 francs. L'enquêteur a ensuite rapporté les revenus obtenus en 2006 à 2012 selon l'extrait du compte individuel AVS de l'intéressée, mentionnés plus haut, avant de relever qu'indépendante depuis 1991, l'assurée n'avait jamais réalisé de revenu déclaré AVS supérieur à 37'580 fr. (2004). En conclusion, l'enquêteur a retenu que l'assurée présentait une affection touchant la main droite qui contre-indiquait la poursuite de son activité habituelle selon l'avis SMR du 5 février 2015, mais lui aurait permis une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Dans ce contexte et compte tenu de son âge, un changement d'activité était exigible et le dossier devait être soumis à la réadaptation afin de définir les possibilités en la matière. Le 20 avril 2015, l'assurée a transmis à l'OAI un rapport du 31 mars 2015 de la Prof. N. _____, dans lequel cette dernière, qui avait revu sa patiente le 30 mars 2015, a relevé en particulier que malgré une amélioration notable, l'intéressée ne pouvait pas encore utiliser normalement sa main et que, selon l'équipe de réhabilitation somato-sensorielle, il fallait six à dix semaines pour améliorer encore l'hypoesthésie. La professeur a également observé qu'il y avait encore une composante mécanique et qu'elle n'était pas sûre qu'elle soit curable seulement par la thérapie. Elle priait néanmoins ses collègues de poursuivre la réhabilitation somato-sensorielle. Elle a en outre renouvelé l'incapacité de travail à 100 % du 26 mars au 14 septembre 2015. Dans un

rapport final du 24 avril 2015, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a retenu qu'au vu de ses limitations fonctionnelles, l'assurée pouvait exercer une pléthore d'activités ne nécessitant pas de formation spécifique, telles que des activités dans la vente et le conditionnement léger, des activités de bureau ou des activités de surveillance. Il a ensuite procédé au calcul du préjudice économique compte tenu d'un revenu sans invalidité de 37'580 fr. et d'un revenu avec invalidité de 49'211 fr. déterminé sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires ([ESS] ; TA : 1, niveau de compétence 1 – Année 2012, indexé pour 2014) pour 41.7 heures de travail par semaine et moyennant un abattement de 5 %. Il est parvenu à la conclusion que le préjudice économique était nul et que, partant, l'intéressée présentait un degré d'invalidité de 0 %. Par projet de décision du 11 mai 2015, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser un reclassement et une rente d'invalidité, pour les motifs suivants : " Résultat de nos constatations : Esthéticienne indépendante, vous présentez une incapacité de travail continue depuis le 12 octobre 2012. Des investigations médicales entreprises, il ressort que votre activité habituelle est contre-indiquée par vos limitations fonctionnelles (épargner le membre supérieur droit). Votre capacité de travail est toutefois entière dans une activité adaptée, ne nécessitant pas de formation particulière ni intervention de notre assurance, telle que dans la vente, le conditionnement léger, les activités de bureau ou de surveillance. Selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), une telle activité vous permettrait de prétendre à un revenu au moins équivalent à votre revenu antérieur à l'atteinte à la santé. Aucun préjudice ne découle donc de votre situation, car il est exigible que vous mettiez en valeur une pleine capacité de travail dans toute activité respectueuse de vos limitations susmentionnée[s] : il n'y a donc pas d'invalidité présentée, qui soit de nature à vous ouvrir un droit à des prestations de notre assurance." Le 17 juin 2015, l'assurée, représentée par Me Antonella Cereghetti Zwahlen, avocate à Lausanne, a formulé des objections sur le projet de décision précité. En substance, elle a soutenu que la position de l'OAI était contradictoire car il estimait, d'une part, que des mesures de reclassement professionnel étaient exclues dans la mesure où elles étaient médicalement contre-indiquées et, d'autre part, que l'intéressée était apte à travailler à plein temps dans une activité adaptée. S'agissant du refus de reclassement, l'intéressée a notamment allégué que la décision était prématurée et qu'il fallait requérir un rapport récent du Centre V. _____ qui tienne compte de la poursuite de sa rééducation. Quant au refus d'octroi d'une rente, l'assurée a en particulier allégué que, dans son rapport du 2 avril 2014, la Prof. N. _____ s'était uniquement prononcée sur la capacité de travail dans l'activité habituelle et non sur la capacité de travail dans une activité adaptée, cette question ne lui ayant pas été posée. Elle a ajouté que le dernier rapport du Dr F. _____, bien plus récent, avait été écarté sans raison valable et qu'il fallait demander un rapport actualisé à la Prof. N. _____. Par décision du 22 juin 2015, l'OAI a intégralement confirmé son projet du 11 mai 2015. On extrait ce qui suit du courrier accompagnant cette décision : "[...] Vos arguments appellent les commentaires suivants : En ce qui concerne d'éventuelles mesures d'intervention précoce, elles ne constituent pas un droit : en l'occurrence, une mesure d'orientation professionnelle et de coaching était envisagée lors du dépôt de la demande AI, mais Madame A. _____ a décliné la proposition de notre service Réadaptation, l'estimant prématurée. De ce fait, la phase dite d'intervention précoce s'est achevée, et nous avons examiné si un droit à des prestations AI pouvait être reconnu (reclassement et rente). Les médecins de Madame A. _____ - et notamment le spécialiste en chirurgie de la main - ont été interrogés et leurs rapports ont été soumis au Service médical régional AI (SMR) ; les limitations fonctionnelles ont pu être

précisées : activités sollicitant peu la main et le bras droits. Cette restriction contre-indique l'activité d'esthéticienne, exercée à titre d'indépendante pour un revenu - sans invalidité - de l'ordre de 32'324.00 en moyenne (années 2007 à 2011), selon notre service économique et après analyse des pièces remises par Madame A. _____. En revanche, toute activité respectueuse de cette limitation (épargne du membre supérieur droit) est considérée comme adaptée, et pleinement exigible (à 100 %). Le changement d'activité, respectivement de statut (d'indépendante à salariée), est raisonnablement exigible (activité médicalement non adaptée et qui procure un faible revenu), et il n'appartient pas à l'assurance-invalidité d'assumer la perte de gain résultant d'une telle situation, dès lors que la capacité de travail et de gain est entière dans une activité adaptée. Un large éventail d'activités est accessible à Madame A. _____ sans l'intervention de notre assurance, qui pourraient lui procurer en théorie un revenu au moins équivalent au revenu sans invalidité susmentionné, même en tenant compte d'un abattement en raison des limitations (CHF 49'211.00 selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS)). La comparaison des revenus sans et avec invalidité montre qu'il n'y a aucun préjudice économique qui découle de cette situation, par conséquent le droit à un reclassement n'est pas ouvert, pas plus que le droit à une rente, même partielle. En effet, si l'assuré n'exerce pas l'activité exigible selon l'appréciation médicale, le taux de son invalidité sera fixé en égard à cette activité. Procéder autrement reviendrait à assurer la simple perte de gain quelle qu'en soit la cause. [...]" B. Par acte du 26 août 2015, A. _____, représentée par Me Cereghetti Zwahlen, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation et à la constatation que l'intéressée avait droit aux prestations de l'assurance-invalidité, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision. En substance, la recourante a répété les arguments déjà développés à l'appui de ses objections du 17 juin 2015. Dans sa réponse du 5 novembre 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision du 22 juin 2015. Invitée le 11 novembre 2015 à répliquer dans un délai échéant au 11 décembre 2015, la recourante n'a pas procédé plus avant. Par courrier du 29 mars 2016, la recourante a allégué que sa situation médicale n'avait pas évolué sur le plan somatique, puisqu'elle souffrait toujours d'allodynie, mais qu'elle s'était péjorée sur le plan psychologique, en raison de douleurs constantes. Les difficultés mécaniques et l'allodynie n'avaient pas cessé et avaient engendré un état dépressif ; l'incapacité de travail totale perdurait. L'intéressée a requis qu'une instruction complémentaire soit effectuée, cas échéant sous forme d'une expertise. A l'appui de son propos, elle a notamment produit les documents suivants : - un rapport du 15 septembre 2015 de la Prof. N. _____, faisant suite à un examen pratiqué la veille, dans lequel elle a posé le diagnostic de plaintes chroniques en lien avec la cicatrice de l'articulation ulnaire et le diagnostic actuel d'état dépressif en raison de troubles du sommeil chroniques liés à des douleurs. La professeur a renouvelé l'incapacité de travail de la recourante et demandé au Dr F. _____ d'entreprendre un traitement psychiatrique approprié. Elle a préconisé des gants chauffants pour l'hiver compte tenu de l'extrême sensibilité au froid dont l'intéressée s'était nouvellement plainte. - un rapport du 28 décembre 2015 au Dr F. _____, faisant suite à un examen du 17 décembre 2015, dans lequel la Prof. N. _____ a posé le diagnostic de plaintes chroniques en lien avec la cicatrice de l'articulation ulnaire et le diagnostic actuel d'état dépressif lié à la résurgence de l'allodynie. Elle a relevé que cette résurgence était susceptible d'être liée à l'arrêt prématuré de la réhabilitation somato-sensorielle à [...], puisque l'hypoesthésie n'avait pas été traitée plus avant. Il y avait

une douleur persistante en raison du problème mécanique et de l'allodynie. La professeur a noté que l'intéressée allait faire de l'hypnose dès janvier 2016. Elle a également estimé qu'une réintégration professionnelle n'était pas possible, compte tenu du cercle vicieux douleur, perte d'énergie et réaction dépressive, étant précisé que les activités simples à la maison étaient aussi limitées en raison de pics de douleurs, malgré le soutien optimal de l'époux, des enfants et des amis. L'incapacité de travail a été prolongée du 17 décembre 2015 au 31 mars 2016. - un rapport du 14 mars 2016 de la Prof. N. _____ au conseil de l'intéressée, dans lequel la spécialiste a répété les diagnostics posés dans son rapport précité du 28 décembre 2015. Elle a exposé qu'au cours des deux dernières consultations en septembre et décembre 2015, les plaintes avaient porté non seulement sur la main mais aussi sur les troubles dépressif qui y étaient liés. L'année précédente, il y avait eu une résurgence de l'allodynie qui était désormais soignée en ergothérapie à [...]. L'allodynie s'était calmée mais n'était pas encore guérie. La recourante était également traitée par hypnose. Le 5 avril 2016, la juge instructeur a signifié à la recourante qu'en l'état, les mesures d'instruction requises étaient rejetées. Dans un courrier du 30 juin 2016, l'intimé a confirmé ses conclusions, relevant que s'agissant de la période temporelle déterminante dans la procédure, soit la décision du 22 juin 2015, l'exigibilité était entière dans une activité adaptée à l'état de santé de la recourante. Il a produit un avis médical SMR du 28 juin 2016 de la Dresse W. _____, dont on extrait ce qui suit : " [...] Dans le cadre du recours, nous avons reçu de nouveaux documents médicaux émanant de la Dresse N. _____. Dans son rapport du 31.03.2015, l'évolution continue à être favorable avec une excellente mobilité de la main, une force qui arrive à 2 kg, une évaluation neurologique tout à fait rassurante et un examen en dynamique qui n'objective aucune synovite ou fibrose, soit aucun trouble mécanique. L'assurée dit ne pas pouvoir donner la main à tout le monde par crainte de douleurs. En septembre 2015, la Dresse N. _____ nous apprend que l'assurée présente des symptômes dépressifs, a entrepris un traitement d'hypnose qui la bouleverse et présente des troubles neurovégétatifs de la main ainsi que neurologiques (Tinel) alors que la mobilité reste superposable au précédent examen. Le rapport du 28.12.2015 d'une situation se péjorant avec réapparitions d'importantes al[l]odynies et une composante psychique pour laquelle la Dresse N. _____ recommande une prise en charge psychiatrique. Nous avons peu d'information sur la prise en charge médicamenteuse de cette assurée pour laquelle seul un traitement homéopathique semble instauré. Le rapport du 14.03.2016 est adressé à l'avocat est fait état de la complexification de cette situation particulièrement dans sa composante psychiatrique, sans que de nouveaux éléments objectifs ne soient cependant présentés dans l'axe chirurgical. En conclusion : la situation semble potentiellement s'être péjorée dès septembre 2015 dans le ressenti douloureux sans cependant que nouveaux éléments objectifs sur le plan chirurgical n'aient été objectivés. Notre position demeure inchangée en ce qui concerne l'état de santé de l'assurée au moment de la décision. " Par courrier du 30 mars 2017, la recourante a contesté l'absence de nouveaux éléments objectifs sur le plan chirurgical et soutenu qu'à l'époque de la décision litigieuse, elle ne disposait d'aucune capacité de travail, dans quelque activité que ce soit. Elle a réitéré sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise. A l'appui de sa position, elle a notamment produit : - un protocole opératoire du 6 septembre 2016 relatif à une neurolyse du nerf ulnaire au niveau du poignet droit pratiquée le 30 août 2016 par le Prof. S. _____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main et chef de service au Service de chirurgie plastique et de la main au G. _____. Il y a posé le diagnostic de neuropathie dudit nerf et exposé que l'intéressée se

plaignait d'une douleur et gêne au niveau du poignet droit sur le versant ulnaire apparue dans les suites d'une cure endoscopique du tunnel carpien. Le professeur a observé que le nerf était attiré vers la ligne médiane dans la région de l'articulation pro-carpienne, qu'une nette compression était mise en évidence avec déformation du nerf en sablier et que le canal de Guyon était ouvert et libéré. Au-delà du canal, aucune compression n'était visible, la branche motrice thénarienne était intacte et le status normal. - des certificats médicaux établis les 29 novembre 2016 et 19 janvier 2017 par la Dresse M. _____, respectivement le Dr T. _____, médecins assistants au Service de chirurgie plastique et de la main au G. _____, certifiant qu'un arrêt de travail avait été délivré depuis la date opératoire du 30 août 2016 concernant l'intéressée et que ce certificat s'inscrivait dans le prolongement des certificats médicaux établis par les différents médecins traitants depuis le 12 octobre 2012, étant précisé que dans le certificat médical du 19 janvier 2017, l'arrêt de travail à 100 % était prolongé du 16 janvier au 20 mars 2017. - un rapport du 9 février 2017 de la Dresse M. _____, exposant notamment ce qui suit : " Anamnèse Nous avons vu la patiente susnommée à notre consultation de chirurgie plastique du 06.02.2017. Pour rappel, [...] la patiente présente depuis la première intervention par voie endoscopique, des allodynies sur le versant cubital de la main droite qui présentent des douleurs invalidantes entraînant des insomnies importantes et un syndrome dépressif. [...] La patiente est suivie à ma consultation depuis le 14 décembre 2015. Le motif de la consultation était en lien avec des douleurs sur la face palmaire du poignet droit, principalement du côté ulnaire. A ce moment-là, l'examen a montré principalement des douleurs localisées sur le versant ulnaire du poignet augmentées par la palpation et la mobilisation du poignet. Ces douleurs limitent la force de serrage de la main. Dans un premier temps, j'ai voulu observer l'évolution du traitement conservateur et essayer de comprendre la situation clinique, raison pour laquelle de l'ergothérapie a été poursuivie. Devant l'évolution stationnaire qui est toujours focalisée sur le versant ulnaire du poignet, une nouvelle IRM a été demandée et réalisée le 19 mai 2016. Ce[t] examen montre un trajet aberrant du nerf ulnaire dans la région de l'os pisiforme, sans autre anomalie. Cet endroit est réputé d'être un lieu de compression possible du nerf ulnaire qui peut être en lien avec différentes autres pathologies, y compris la présence de tumeur ou de kyste que l'IRM ne démontrait pas. Des compressions locales idiopathiques et constitutionnelles existent aussi sans autre facteur déclenchant. Mais le fait que les douleurs soient apparues de façon prédominante en post-opératoire, peuvent nous faire penser à deux possibilités. [...] Dans tous les cas et [quelle que] soit la cause, le fait que ses douleurs soient apparues en post-opératoire, relativement immédiates, crée un lien direct entre la chirurgie et la compression du nerf ulnaire. Ainsi, pour moi le diagnostic définitif est une compression du nerf ulnaire qui a été levée lors de l'intervention du 30 août 2016, ce qui a entraîné une nette amélioration de la situation depuis cette intervention. Depuis cette intervention, on poursuit un traitement de rééducation. Concernant la capacité de travail, elle a été interrompue depuis l'intervention réalisée par le Dr P. _____ le 12 octobre 2012. [...] " - un certificat médical établi le 1 er mars 2017 par la Dresse M. _____, indiquant que la recourante devait interrompre son travail du 1 er mars au 3 avril 2017. L'intimé s'est déterminé le 24 avril 2017. Il a confirmé ses conclusions et produit un avis médical SMR du 18 avril 2017 de la Dresse W. _____, dont on extrait ce qui suit : " Discussion : Dans le déroulement des événements, nous constatons que l'assurée s'est plainte en post[-]opératoire de douleurs à la base radiale de la paume de la main, sentiment douloureux toujours présent lors de l'examen neurologique du Dr L. _____, le 01.02.2013 avec sentiments de brûlures locales à la base de l'éminence thénar (côté pouce,

radial), l'ENMG effectué lors de cet examen ne met pas en évidence de compression cubitale, la situation du nerf médian est décrite comme améliorée. Il n'y a pas de plaintes du côté cubital (ulnaire) ce qui contredit les affirmations de la Dresse M. _____ quant à une compression du nerf ulnaire dans les suites post[-]opératoires. Par la suite l'assurée bénéficie d'une révision du tunnel carpien avec neurolyse à l'O. _____ (le 18.10.2013), dans les suites l'évolution est favorable jusqu'en mars 2015 ; dès septembre 2015, la situation se péjore avec une symptomatologie psychique avec des troubles neurovégétatifs et neurologiques de la main. C'est à cette date que notre assurée consulte la Dresse M. _____. Une nouvelle intervention est pratiquée en août 2016 pour une décompression du nerf ulnaire dans son trajet carpien. A 6 mois de cette intervention de décompression sur le nerf ulnaire, la situation semble somme toute, stationnaire. Conclusion : La Dresse M. _____ propose actuellement le diagnostic de compression du nerf ulnaire ; dans les faits, nous n'avons pas d'éléments médicaux modifiant les limitations fonctionnelles et la capacité de travail dans une activité adaptée retenues dans le rapport d'examen SMR du 05.02.2015. Il s'agit ici d'une appréciation différente d'un même état de fait." Par courrier du 15 juin 2017, la recourante a fait valoir qu'en janvier 2013 déjà, tant le nerf médian que le versant cubital (ulnaire) du poignet posaient problème et que l'opération de la Prof. N. _____ du 18 octobre 2013 n'avait réglé que les problèmes rencontrés avec le nerf médian, pas ceux en lien avec le nerf ulnaire qui existaient déjà à l'époque. Au demeurant, l'existence des douleurs de l'éminence hypothénar était confirmée par le rapport du 29 janvier 2013 du Dr K. _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, et par le rapport du 27 mars 2014 de la Prof. N. _____. L'intéressée a également allégué que le rapport du SMR faisait l'impasse sur l'allodynie mentionnée dans plusieurs rapports médicaux de la Prof. N. _____ et des Dresses M. _____ et U. _____, médecin praticien. Elle a maintenu sa requête visant à la mise en œuvre d'une expertise. A l'appui de son écriture, la recourante a en particulier produit : - un rapport du Dr K. _____ adressé le 29 janvier 2013 au Dr P. _____, duquel il ressortait notamment qu'à l'ablation de l'attelle après la cure de canal carpien à droite le 12 octobre 2012, il y avait eu une apparition de douleurs électriques irradiant vers la paume de la main avec de fortes douleurs à la palpation et qu'en flexion palmaire du poignet avec déviation cubitale, la douleur se localisait au niveau de l'éminence hypothénar. - un certificat médical de la Dresse U. _____ du 21 mai 2017, attestant que l'intéressée souffrait de douleurs chroniques, d'allodynies de la main droite, très invalidantes et ne lui permettant pas une reprise professionnelle, même dans une activité adaptée, depuis les chirurgies des 12 octobre 2012 et 18 octobre 2013. Elle a ajouté que les allodynies étaient « des douleurs insupportables, parfois associées à des troubles vaso-moteurs, avec des répercussions physiques, psychologiques psycho-sociales et professionnelles majeures, pouvant aller à des états dépressifs voire suicidaires ». La praticienne a finalement relevé qu'une reprise chirurgicale de la main droite le 30 août 2016 par le Prof. S. _____ avait permis la levée de la compression du nerf ulnaire avec une amélioration clinique notable mais partielle, avec persistance d'allodynies nécessitant une nouvelle intervention programmée le 13 juin 2017. Par courrier du 11 juillet 2017, l'intimé a confirmé ses conclusions et produit un avis médical SMR du 6 juillet 2017 de la Dresse W. _____. Elle y avait relevé que le Dr K. _____ avait notamment décrit que, « en flexion palmaire avec déviation cubitale, la douleur se localis[ait] au niveau de l'éminence hypothénar » alors que le 1^{er} février 2013, le Dr L. _____ établissait des « sentiments de brûlures locales à la base de l'éminence thénar sans plainte du côté cubital ». Selon elle, ces appréciations différentes de

la douleur rendaient compte de la difficulté de l'objectivité de cette dernière et de sa variabilité en fonction de l'examineur, lorsqu'elle n'était pas ramenée à des limitations fonctionnelles objectives. Ainsi, dans les faits, les conclusions de la praticienne du SMR admettant une incapacité de travail dans l'activité habituelle de masseuse et une capacité de travail entière dans une activité adaptée sollicitant peu la main droite restaient inchangées. Dans un courrier du 24 août 2017, la recourante a en particulier soutenu que le SMR n'avait pas tenu compte des pièces et explications produites avec son courrier du 15 juin 2017 et qu'il n'était pas possible, comme le faisait le SMR, de se baser uniquement sur le rapport établi par le Dr K. _____ au début de l'année 2013, dès lors que ses constatations étaient infirmées par la suite. En conclusion, elle a renouvelé sa requête visant la mise en œuvre d'une expertise. Elle a produit un rapport du 10 août 2017 du Prof. S. _____ rédigé en ces termes : "Je suis personnellement la patiente susnommée depuis près de 2 ans pour des suites douloureuses de deux chirurgies de la main. La première est une cure endoscopique du tunnel carpien. La deuxième est une neurolyse de ce nerf et enroulement de ce dernier par une membrane anti-adhérencielle. Je rappelle aussi que la deuxième intervention n'a pas permis d'éliminer les douleurs dont souffrait Madame A. _____. Un suivi par une rééducation sensitive a été faite par M. R. _____ à [...] puis par d'autres ergothérapeutes dans la région lausannoise pendant plusieurs années sans amélioration de la situation clinique. Au vu de l'évolution négative et de la persistance des douleurs sans espoir de récupération, la patiente m'a consulté. Lors de cette consultation, j'ai été frappé par une symptomatologie neurologique dans le territoire du nerf ulnaire et non pas dans le territoire du nerf médian ; ce qui nous a poussé à réaliser, une IRM du poignet qui a montré une forte déviation du nerf ulnaire en direction du nerf médian. Ceci expliquait toutes les plaintes de Mme A. _____ et qui n'avaient jamais été traitées ou reconnues comme tel pendant de nombreuses années. Basé sur les signes cliniques et de cet examen radiologique, j'ai décidé d'intervenir en explorant le nerf ulnaire au niveau du canal de Guyon. La déviation mise en évidence en Radiologie, a été retrouvée ; les nerfs à travers la ligne médiane par un status cicatriciel, compression à travers du canal de Guyon. Le nerf a été libéré et repositionné ; ce qui a entraîné une nette amélioration de la symptomatologie très rapidement. Après quelques mois de suivi, une zone adhérente sur l[la] ligne médiane du poignet, secondaire à la toute première opération, persistait et gênait la patiente, raison pour laquelle une reprise a été faite avec libération de cette adhérence. Depuis, l'évolution ne fait que de s'améliorer, ce qui nous laisse envisager une reprise progressive de l'activité professionnelle. Une condition à cette reprise est en lien direct avec la reconnaissance de ce problème qui date maintenant depuis de nombreuses années parce qu'il n'a pas été reconnu du point de vue médical ni assécurologique. Ce blocage empêche clairement d'évoluer vers la réinsertion professionnelle. Pour ma part, il n'y a aucun doute du lien direct entre les douleurs dans le territoire ulnaire et la première intervention qui était la cure de tunnel carpien par voie endoscopique. La deuxième intervention n'a pas pu améliorer la situation car elle ne s'est pas adressée à la véritable pathologie, raison pour laquelle elle n'a rien apporté. Les traitements intermédiaires par rééducation sensitive ne pouvai[en]t pas améliorer la situation puisqu'un problème mécanique persistait et seule, une chirurgie pouvait l'améliorer, ce qui a été fait dans notre service. Pour pouvoir avancer encore une fois vers la guérison définitive, je prie les responsables des différentes assurances de reconnaître la situation et la souffrance qu'a enduré[e] Madame A. _____ pendant plusieurs années qui l'empêchait d'avoir une véritable activité professionnelle. La situation actuelle est nettement améliorée et peut permettre d'envisager une reprise professionnelle à condition de la

reconnaissance de ce qui s'est passé au cours des dernières années. Si tout ceci est fait, ce qui est à mon avis simple, nous pourrions clore le dossier médical assez rapidement." Par courrier du 3 octobre 2017, l'intimé a confirmé ses conclusions et produit un avis médical SMR du 21 septembre 2017 de la Dresse W. _____, retenant qu'elle avait reçu un rapport du Prof. S. _____ du 10 août 2017, qui annonçait une évolution favorable suite à une nouvelle intervention en juin 2017 pour libération d'une adhérence sur la ligne médiane du poignet, et que les autres éléments de ce rapport avaient déjà été discutés précédemment dans l'avis d'avril 2017. E n d r o i t : 1. a) Sous réserve de dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA). Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). b) En l'espèce, déposé en temps utile compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA cum 60 al. 2 LPGA ; art. 96 al. 1 let. b LPA-VD), auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1 ; RCC 1985 p. 53). b) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1 er mai 2017 consid. 2 et 9C_371/2015 du 24 mars 2016 consid. 4.1). c) Le litige porte en l'occurrence sur la question de savoir si, lors du prononcé de la décision litigieuse le 22 juin 2015, la recourante avait droit à des prestations de l'assurance-invalidité. 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 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). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. c) 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). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable ; lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1 bis LAI). 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). Aux termes de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 et 130 V 488 consid. 4.2 et les références citées ; TF 9C_262/2016 du 30 août 2016 consid. 5.1 et 9C_177/2015 du 18 septembre 2015 consid. 4.1) 4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge en cas de recours – se base sur des documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1). b) L'assureur social – le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références citées ; TF 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 6.2). Les rapports d'examen réalisés par le SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI, bien qu'ils ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; TF 9C_355/2014 du 2 décembre 2014 consid. 4.2 et 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_80/2016 du 10 août 2016 consid. 5.1). c) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions soient suffisamment élucidés (TF 9C_662/2016 du 15 mars 2017 consid. 2.2 et 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 130 I 180 consid. 3.2 et 125 V 193 consid. 2 ; TF 9C_718/2015 du 22 mars 2016 consid. 5.2). 5. a) En l'espèce, la décision litigieuse de l'OAI est fondée principalement sur l'appréciation du 5 février 2015 de la Dresse W. _____ du SMR, confirmée par la suite par les avis médicaux SMR des 28 juin 2016, 18 avril 2017, 6 juillet 2017 et 21 septembre 2017. La praticienne a posé les diagnostics d'allodynie et d'hyperesthésie de la main droite après cure de tunnel carpien sur le plan somatique et n'a retenu aucun diagnostic sur le plan psychique. Elle a estimé que la recourante était incapable de travailler dans son activité habituelle d'esthéticienne depuis le 12 octobre 2012, mais capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée, soit toute activité sollicitant peu la main et le bras droits, sans port de charge avec la main droite et n'exigeant pas de travailler avec les bras au-dessus de la tête. L'aptitude à la réadaptation a été fixée au 24 février 2014. b) Il s'avère que les avis médicaux SMR de la Dresse W. _____, qui n'a jamais examiné la recourante, n'emportent pas la conviction de la Cour de céans. Plusieurs éléments sont en effet propres à faire naître un doute quant à la fiabilité et à la pertinence de son appréciation. Premièrement, une partie des informations transmises au SMR par l'intimé s'agissant des mesures de réadaptation proposées à l'intéressée était erronée. En effet, dans le mandat SMR du 11 décembre 2014, l'intimé a indiqué que la recourante avait refusé les mesures d'intervention précoce proposées, alors qu'en réalité elle s'était déclarée « partante » pour ces mesures en mai 2014 (rapport initial « IP » du 13 mai 2014) et que l'OAI avait admis en août 2014 le report du stage d'orientation professionnelle (« refus temporaire »), au motif que la situation de l'intéressée n'était pas stabilisée et qu'un tel

stage paraissait incompatible avec le traitement d'ergothérapie qu'elle suivait. Dans un autre registre, la Cour observe que l'intimé a admis en août 2014 qu'une mesure d'ordre professionnel était incompatible avec le traitement en cours et l'état de santé de la recourante à ce moment-là, ce qui est un indice important qu'au moins à cette époque-là, l'intéressée n'était pas en mesure d'exercer une activité professionnelle. Or, dans son rapport SMR du 5 février 2015, la Dresse W. _____ s'est référée uniquement aux rapports médicaux du Dr P. _____, de la Prof. N. _____ et du Dr F. _____, sans faire aucune mention du rapport du 30 juillet 2014 de l'ergothérapeute R. _____ à l'origine de l'interruption des mesures de réadaptation. Le rapport du SMR, qui élude totalement les problématiques de la capacité de travail de la recourante au moment de la réadaptation et des circonstances ayant conduit à l'interruption de cette mesure n'est dès lors pas convaincant. Ces problématiques méritaient une clarification qui n'a pas été demandée par l'intimé. Finalement, certains éléments médicaux dont l'intéressée s'est prévaluée en procédure de recours justifient eux aussi de remettre en cause l'appréciation du SMR, sur le plan somatique comme sur le plan psychique. Sur le plan somatique, le Prof. S. _____ et la Dresse M. _____ ont mis en évidence des atteintes qui n'avaient pas été décelées auparavant par les autres praticiens appelés à se déterminer sur le cas de l'intéressée et qui pourraient expliquer les douleurs ressenties par cette dernière. Ces spécialistes ont fait état d'une neuropathie du nerf ulnaire (protocole opératoire du 6 septembre 2016) avec forte déviation du nerf ulnaire en direction du nerf médian (rapport du 10 août 2017 du Prof. S. _____), respectivement d'une compression du nerf ulnaire avec trajet aberrant du nerf ulnaire dans la région de l'os pisiforme (rapport du 9 février 2017 de la Dresse M. _____). Le Prof. S. _____ a en outre observé une nette compression avec déformation du nerf en sablier (protocole opératoire du 6 septembre 2016). Tant le Prof. S. _____ que la Dresse M. _____ se sont fondés sur des éléments cliniques objectifs dont la Prof. N. _____ et le Dr F. _____ n'avaient pas connaissance lorsqu'ils se sont prononcés sur la capacité résiduelle de travail de la recourante en 2013 et 2014. Le SMR a estimé néanmoins que les rapports des spécialistes devaient être écartés, au motif qu'il s'agirait d'une simple appréciation différente d'un même état de fait (avis médicaux du SMR des 18 avril et 21 septembre 2017). Or, dans la mesure où la présente procédure n'est pas une procédure de révision mais bien l'examen d'une première demande de prestations AI, cet argument n'est pas pertinent. Dans ce contexte, bien que les éléments cliniques mis en évidence paraissent démontrer une atteinte relativement circonscrite, l'avis du SMR ne peut être suivi. Il existe ainsi une incertitude sur la nature exacte des troubles somatiques présentés par la recourante et leur influence sur sa capacité de travail. Sur le plan psychique, la Prof. N. _____ a posé le diagnostic d'état dépressif en raison de troubles du sommeil chroniques liés à des douleurs, respectivement d'état dépressif lié à la résurgence de l'allodynie (rapports des 15 septembre 2015, 28 décembre 2015 et 14 mars 2016). Les Dresses M. _____ et U. _____ ont en outre estimé que les allodynies de la recourante présentaient des douleurs entraînant un syndrome dépressif (rapport du 9 février 2017 de la Dresse M. _____), respectivement pouvant entraîner des états dépressifs (certificat médical de la Dresse U. _____ du 21 mai 2017). La Dresse W. _____ du SMR a reconnu une péjoration de la situation de l'intéressée, avec notamment une symptomatologie psychique, à compter de septembre 2015 (avis médicaux SMR des 28 juin 2016 et 18 avril 2017). Elle a en revanche nié toute atteinte psychique au moment du prononcé de la décision litigieuse du 22 juin 2015, sans aucune explication objective ni investigation complémentaire, pour la seule raison semble-t-il que

le diagnostic de trouble dépressif a été articulé pour la première fois en septembre 2015. Or, compte tenu des causes alléguées du possible état dépressif de l'intéressée (troubles du sommeil chroniques et résurgence de l'allodynie) et du fait que le SMR a admis une péjoration de sa symptomatologie psychique, on ne peut exclure la présence chez la recourante avant septembre 2015 d'une atteinte à la santé psychique invalidante ayant une influence sur sa capacité de travail, au seul motif que les médecins ont posé le diagnostic pour la première fois à ce moment-là. Faute d'argument médical, l'appréciation du SMR ne l'emporte pas sur les avis de la Prof. N. _____ et des Desses M. _____ et U. _____. Elle ne permet pas d'écarter totalement le diagnostic d'état dépressif invalidant. c) Compte tenu de ce qui précède, il existe des indices tendant à démontrer que l'intéressée était incapable d'exercer toute activité professionnelle en août 2014 et qu'elle pourrait avoir souffert d'une compression du nerf ulnaire voire d'un état dépressif à même d'influer sur sa capacité de travail, non seulement dans son activité habituelle mais également dans une activité adaptée. Ces questions n'ayant fait l'objet d'aucune investigation de la part de l'OAI, il est impossible pour la Cour de céans de se prononcer sur l'état de santé de l'intéressée sur le plan somatique et l'évolution de sa capacité de travail depuis 2013. On ignore également si la recourante présentait une atteinte psychique invalidante, et cas échéant, quelle était son influence sur sa capacité de travail et depuis quand. Force est ainsi de constater que le dossier de la recourante, lacunaire sur le plan somatique et psychique, ne permet pas d'apprécier à satisfaction de droit la nature des atteintes dont elle souffre et leurs conséquences éventuelles sur la capacité de travail. Le recours est par conséquent bien fondé. 6. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) En l'occurrence, les faits médicaux pertinents n'ont pas été constatés de manière complète, tant sur le plan somatique que psychique. Il apparaît que l'instruction doit être complétée afin que les diagnostics à poser et l'étendue de leur caractère invalidant éventuel puissent être examinés. Dans ces circonstances, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI – auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 aI. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise au sens de l'art. 44 LPGA, comprenant au moins un volet

chirurgical de la main et un volet psychique. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante. 7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'intimé, qui succombe. La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA) qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. compte tenu de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 22 juin 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour nouvelle instruction dans le sens des considérants. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à A. _____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Antonella Cereghetti Zwahlen (pour A. _____), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, ■ Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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