

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 5 août 2013

---

Présidence de M. NEU  
Juges : MM. Métral et Merz  
Greffier : M. Simon

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.**\_\_\_\_\_, à Chavannes-près-Renens, recourante, représentée par Me  
Valentine Gétaz Kunz, avocate à Cully,

et

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

---

**Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1, 28 al. 2 et 28a al. 3 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** S.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née en 1965, de nationalité tunisienne et au bénéfice d'un permis de séjour, vit en Suisse depuis 1997. Mère de trois enfants nés en 1994, 1998 et 1999, couturière de formation, elle est à l'aide sociale depuis 1999. Le 26 juin 2007, elle a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations d'invalidité tendant à l'octroi d'une rente, en se prévalant notamment d'une arthrose dégénérative au pied droit.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande sur le plan médical, l'OAI s'est adressé au Dr L.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique. Dans un rapport du 2 août 2007, ce spécialiste a diagnostiqué des séquelles douloureuses après arthrodèse (opération chirurgicale qui consiste à fixer une articulation) sous-astragalienne pour fracture comminutive de la cheville droite depuis environ 1985. L'assurée présentait une incapacité de travail dans l'activité de couturière depuis le 16 avril 2007. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a joint les documents médicaux suivants:

- Un rapport du 1<sup>er</sup> mai 2007 du Dr J.\_\_\_\_\_, médecin associé au service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du CHUV, qui a diagnostiqué une arthrose talo-naviculaire droite et talo-crurale droite. Sa patiente présentait d'importantes douleurs au pied droit et à la cheville. Il a évoqué un traitement par infiltration, puis éventuellement par arthrodèse talo-naviculaire.

- Un rapport du 23 mai 2007 du Dr J.\_\_\_\_\_, qui a indiqué avoir réalisé une infiltration test de la talo-naviculaire à droite, à laquelle sa patiente avait bien répondu. Il a estimé que pouvait être effectuée une arthrodèse talo-naviculaire droite associée à une cheilectomie talo-crurale, surtout sur le versant talien, une prothèse n'étant pas envisagée.

L'OAI a sollicité l'avis du Dr J.\_\_\_\_\_, qui dans un rapport du 20 août 2007 a posé le diagnostic de séquelles de fracture complexe de

l'arrière-pied droit en 1981 avec prise en charge chirurgicale initiale en Tunisie, entorse récidivante consécutive, résection d'exostose dorsale au tarse en février 2006, arthrose talo-naviculaire et arthrose talo-crurale. Il a retenu une incapacité de travail de 20% au moins en tant que couturière. Une arthrodèse talo-naviculaire pouvait diminuer les douleurs et permettre une reprise partielle de l'activité de couturière ou une activité plus sédentaire (par exemple dans un bureau avec de courts déplacements). Après sa fracture en 1981, l'assurée avait été victime de plusieurs entorses, dont une entorse sévère il y a trois ans ayant fait l'objet d'un traitement conservateur.

Dans un formulaire 531bis rempli le 28 août 2007, l'assurée a indiqué que si elle était en bonne santé elle travaillerait à 100% comme couturière, par nécessité financière.

Le 27 février 2008, le Dr J.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée avait bénéficié le 11 janvier 2008 d'une arthrodèse redressante talo-naviculaire et talo-cunéiforme à droite et d'une AMO (ablation du matériel d'ostéosynthèse) sous-talienne et calcanéocuboïdienne droite. L'incapacité de travail était de 100% et il était encore trop tôt pour se prononcer sur une éventuelle amélioration de l'état de santé. Le 9 octobre 2008, ce médecin a proposé l'ablation du matériel d'ostéosynthèse.

Dans un rapport du 8 janvier 2009, le Dr J.\_\_\_\_\_ a attesté que l'évolution était catastrophique sur le plan subjectif avec des douleurs du pied droit, une forte limitation du périmètre de marche et une influence significative sur son état de santé global. Il a proposé de renoncer en l'état à tout geste chirurgical. L'assurée devait bénéficier d'une prise en charge au service d'antalgie et ne pouvait pas reprendre d'activité professionnelle.

Sur proposition du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), l'assurée a été soumise à un examen clinique orthopédique, effectué le 16 mars 2009 par le Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR et spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie. Dans son

rapport du 17 mars 2009, ce médecin a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de séquelles douloureuses d'une fracture de l'arrière-pied à droite, de status après arthrodèse sous-astragaliennne, status après arthrodèse calcanéocuboïde astragaloscaphoïdienne et astragalo-cunéiforme, et de lombosciatalgies irritatives à droite sans trouble neurologique. Il a retenu une capacité de travail exigible de 75% dans l'activité habituelle (qui est adaptée) depuis le 10 avril 2008, et a indiqué ce qui suit dans son appréciation du cas:

"Assurée âgée de 43 ans, ayant travaillé en Suisse en tant que couturière indépendante de 1997 à 1999. En 1981, elle a été victime d'une chute qui a provoqué une fracture des 2 poignets, lesquelles ont évolué de façon satisfaisante. Lors de cet accident, elle a eu un traumatisme de l'arrière-pied à D qui a nécessité une arthrodèse sous-astragaliennne et calcanéocuboïde à D. L'évolution initiale fut satisfaisante. Depuis 2003, apparition de douleurs avec des phénomènes de blocages et d'entorses de la cheville. Un traitement conservateur s'est avéré inefficace. En février 2006, l'ablation d'une exostose dorsale de la base du premier métatarsien et du dos du tarse n'a pas amélioré la symptomatologie douloureuse. Selon l'assurée, les douleurs ont même augmenté d'intensité.

En janvier 2008, l'assurée a bénéficié de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse mis en place en Tunisie et d'une arthrodèse entre l'astragale et le scaphoïde tarsien et entre l'astragale et le premier cunéiforme. Les suites opératoires ont été marquées par la persistance des douleurs qui dépassent largement ce qu'on pourrait attendre d'une lésion dégénérative grave de l'arrière-pied. Elle développe aussi, depuis janvier 2008, des lombosciatalgies à D sans qu'aucun trouble neurologique soit mis en évidence, ainsi que des gonalgies avec un examen clinique dans la limite de la norme. Elle bénéficie depuis février 2009 d'un traitement au Centre d'antalgie du CHUV où un traitement de Lyrica® lui a été prescrit. Ce traitement n'a pas permis, pour l'instant, d'améliorer la situation.

Les limitations fonctionnelles

L'assurée peut exercer une activité sédentaire ou semi-sédentaire. De courts déplacements à plat sont possibles. Elle doit éviter le port de charges, de marcher en terrain irrégulier, de monter ou descendre les escaliers ou les pentes à répétition ainsi que les métiers qui impliquent des mouvements répétitifs du pied et de la cheville à D.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

L'assurée ne travaille plus depuis 1999. Le Dr J. \_\_\_\_\_ prescrit un arrêt de travail à 100% à partir du 16.04.2007.

[...]

Le Dr J.\_\_\_\_\_, dans son rapport à l'AI de janvier 2009, écrit que le pronostic est extrêmement mauvais et que la patiente ne pourra sans doute jamais reprendre une activité professionnelle. Ceci en raison des douleurs. Rappelons que l'assurée doit mettre en évidence sa capacité de travail résiduelle en dépit de ses douleurs. Nous considérons que le travail de couturière est adapté aux limitations fonctionnelles, à condition que la pédale de la machine à coudre soit utilisée avec le pied G.

Après avoir examiné attentivement l'assurée et son dossier, nous considérons que sa capacité de travail en tant que couturière n'est pas complète en raison des douleurs et des difficultés pour les déplacements et la nécessité de pauses. Nous considérons que sa capacité de travail dans un travail adapté comme celui de couturière est diminué de 25%. Cette capacité est exigible 3 mois après la dernière intervention lorsque les arthrodèses sont solides, c'est-à-dire à partir du 10.04.2008".

Dans un rapport du SMR du 27 mars 2009, le Dr X.\_\_\_\_\_ a fait siennes les conclusions du Dr Q.\_\_\_\_\_.

Lors d'un entretien le 22 juin 2009 entre l'assurée et un collaborateur de l'OAI, il a été relevé que cette dernière se sentait fatiguée, triste et énervée en raison de son état de santé, en s'estimant totalement incapable de travailler. Elle a relevé qu'elle n'était plus apte à exercer son activité de couturière, car elle ne pouvait pas utiliser son pied gauche pour la pédale, bien qu'elle ait essayé.

L'OAI s'est adressé au service de liaison du CHUV. Dans un rapport du 20 octobre 2009, le Dr H.\_\_\_\_\_, psychiatre et chef de clinique, et R.\_\_\_\_\_, psychologue assistante, ont posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et de facteurs psychologiques associés à un trouble somatique. D'un point de vue psychiatrique, ils n'ont pas retenu de contre-indication à une reprise d'activité professionnelle, un encadrement ainsi qu'un soutien sur le plan psychologique étant toutefois nécessaire pour une bonne adaptation de l'assurée à une reprise professionnelle.

Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 7 décembre 2009 au domicile de l'assurée. Dans un rapport du même jour, l'OAI a proposé de retenir un statut d'active à 50% et de ménagère à 50%.

Dans l'activité ménagère, les empêchements de l'assurée ont été évalués à 28.90%.

Dans un rapport final du 18 décembre 2009, l'OAI a relevé que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées pour l'assurée, compte tenu de sa faible intégration linguistique, de ses capacités d'adaptation et d'apprentissage limitées et de son faible niveau scolaire. L'OAI a indiqué qu'il se tenait à disposition pour une aide au placement.

Dans un projet de décision du 19 janvier 2010, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui refuser le droit à une rente d'invalidité. Dans l'activité lucrative, exercée à 50%, il a retenu que l'assurée présentait un degré d'invalidité de 10%, résultant de la comparaison entre un revenu sans invalidité de 25'683 fr. 84 avec un revenu d'invalidité de 23'115 fr. 46, selon l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: l'ESS) pour 2008. Dans l'activité de ménagère, exercée à 50%, l'assurée présentait un degré d'empêchement de 28.90%, de sorte que son degré d'invalidité global s'élevait à 19.45%.

Le 15 février 2010, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision, en expliquant qu'elle n'est pas capable d'exercer une activité professionnelle.

Dans un rapport du 19 février 2010, le Dr J.\_\_\_\_\_ a indiqué que les douleurs restaient importantes. Il a proposé l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (trois vis) et la résection d'un petit conflit talo-crural antérieur sur le versant talien, cette intervention pouvant avoir lieu en automne 2010.

Dans un avis médical du 13 avril 2010, sous la plume des Drs X.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_, le SMR a relevé qu'il n'y avait pas lieu de modifier sa position. L'exigibilité de 75% avait été déterminée par un examen orthopédique et il avait été tenu compte de l'aspect psychiatrique par le service de liaison du CHUV.

Par décision du 26 mai 2010, l'OAI a refusé le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, en se référant aux mêmes motifs que ceux exposés dans son projet de décision précité.

**B.** Par acte du 23 juin 2010, S.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision et a conclu en substance à l'octroi d'une rente d'invalidité. S'écartant des conclusions du rapport d'enquête ménagère, elle a indiqué qu'elle voulait au moins arriver à travailler à temps partiel si elle était en bonne santé. Sur le plan médical, elle a relevé qu'elle ne pouvait pas reprendre d'activité professionnelle et a annoncé qu'elle allait subir en janvier 2011 une troisième opération du pied.

Dans sa réponse du 4 novembre 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée et que si la part active dépassait 50% le degré d'invalidité ne permettrait de toute façon pas l'octroi d'une rente.

Dans un mémoire complémentaire de son mandataire du 25 février 2011, la recourante a conclu à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle a expliqué qu'elle travaillerait à plein temps si elle n'était pas atteinte dans sa santé, de sorte qu'il convenait de lui reconnaître le statut de personne active à 100%. Elle a fait valoir qu'un taux d'abattement du revenu d'invalidité supérieur à 10% devait être retenu. Elle a déposé les documents médicaux suivants:

- Un rapport du 25 janvier 2011 de P.\_\_\_\_\_, ergothérapeute, diagnostiquant un syndrome douloureux régional complexe du pied droit. Elle a retenu que l'assurée présentait de très fortes douleurs au pied et à la cheville droite, d'une intensité de 77/100. Une allodynie a été mise en évidence au nerf péronier superficiel et profond.

- Un rapport du 9 février 2011 du Dr J.\_\_\_\_\_, relevant que sa patiente continuait de souffrir de manière importante de son pied droit. L'intervention du 11 janvier 2008 n'avait pas permis d'augmenter les

capacités fonctionnelles. Une activité sédentaire pouvait certainement être exercée à 100%, mais la complexité du cas nécessitait une expertise globale pour se déterminer sur la capacité de travail résiduelle effective.

Les 21 mars et 18 avril 2011 respectivement, l'OAI et la recourante ont confirmé leurs conclusions.

**C.** Sur proposition du juge instructeur, une expertise judiciaire a été mise en œuvre auprès du service de chirurgie orthopédique et de traumatologie de l'appareil moteur des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: les HUG). Dans leur expertise du 24 novembre 2011, remise le 3 août 2012, les Drs C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et D.\_\_\_\_\_, psychiatre, ont retenu notamment ce qui suit:

#### "DIAGNOSTICS

Avec répercussion sur la capacité de travail

- Fracture complexe de l'arrière-pied droit en 1981, traitée par arthrodèse sous-talienne et arthrodèse calcanéocuboïdienne droite.
- Résection en février 2006 d'une exostose dorsale à la base du premier rayon et au dos du tarse.
- Arthrose talo-naviculaire avec nécrose partielle de la tête du talus et discrète subluxation antérieure de ce dernier.
- Arthrose talo-crurale secondaire.
- Arthrodèse redressante talo-naviculaire et talo-cunéiforme 3 le 11 janvier 2008, avec ablation du matériel d'ostéosynthèse de l'articulation sous-talienne et de l'articulation calcanéocuboïdienne droites.
- Entorses récidivantes externes de la cheville droite, avec laxité latérale asymétrique.
- Séquelles douloureuses chroniques de la cheville de l'arrière-pied et du médio-pied droits.
- Lombalgies chroniques récurrentes, sans trouble neurologique.
- Trouble de l'adaptation, avec perturbation des émotions et des conduites.

Sans répercussion sur la capacité de travail

- Obésité modérée (BMI à 31.3).

#### APPRECIATION DU CAS ET SYNTHÈSE:

Madame S.\_\_\_\_\_ est une patiente tunisienne, âgée de 46 ans, ayant effectué dans son pays d'origine une formation de couturière, concrétisée par un diplôme. Elle est arrivée en Suisse en 1993 et a exercé son activité dans l'entreprise de son mari, mais de façon

irrégulière et semble-t-il, sans salaire officiel. Depuis 1999, elle est séparée de ce dernier et sans activité.

Depuis cette date, elle bénéficie du revenu d'insertion sociale. Le 19 juin 2007, elle a déposé une demande de prestations AI pour adulte.

Médicalement parlant, Madame S.\_\_\_\_\_ souffre de douleurs chroniques du pied et de la cheville droits et décrit également de très importants effets secondaires en rapport avec son traitement antalgique, sous forme de somnolence essentiellement. Enfin, elle décrit depuis bientôt une année, des douleurs lombaires basses en barre, sans véritable irradiation dans les membres inférieurs, intermittentes et de rythme mécanique.

D'un point de vue clinique, on retient d'importants signes de surcharge fonctionnelle et d'appréhension lors de l'examen, comme par exemple, de nombreux soupirs à la moindre sollicitation de l'examineur, les retraits fréquents du membre examiné qui rendent le status et son interprétation très difficiles. Les signes de non organicité de Waddell sont de 3/5.

Concernant le pied droit, il n'existe pas de tuméfaction évidente, ni de signes inflammatoires. Les cicatrices sont calmes. La mobilisation de l'ensemble des structures de l'arrière-pied, du médio-pied et de l'avant-pied est alléguée douloureuse, de façon diffuse, avec des irradiations au niveau du cou de pied, de la plante du pied et du talon. Objectivement, il existe une absence de mobilité de l'articulation sous-talienne, une diminution de mobilité de l'articulation médio-tarsienne d'environ un tiers par rapport au côté gauche. La mobilisation de l'articulation de Lisfranc déclenche des douleurs au niveau du talon, mais on ne note pas d'enraidissement par rapport au côté gauche. L'extension de la première métatarso-phalangienne droite est également alléguée douloureuse, mais la mobilisation de cette articulation est symétrique par rapport au côté gauche.

L'amplitude de l'articulation talo-crutale droite est légèrement diminuée par rapport à la gauche et alléguée douloureuse au niveau du cou du pied. Le Testing isométrique des muscles et tendons de la cheville et du pied est d'interprétation très délicate, compte tenu d'importants lâchages et aussi de douleurs diffuses. Malgré la difficulté de cet examen, on ne retrouve pas de signe de rupture tendineuse, ou de clair déficit de force musculaire.

Au status neurologique, il semble exister une hypoesthésie dans le territoire de la branche profonde du nerf péronier superficiel droit. L'existence d'une allodynie est difficile à définir, compte tenu du retrait systématique du pied lors de l'examen de la sensibilité de l'ensemble du territoire cutané de la face dorsale, mais aussi plantaire du pied.

D'un point de vue radiologique, les zones d'arthrodèses sous-talienne et talo-cunéiforme sont consolidées et le matériel est en place.

En conclusion, sur le plan somatique, Madame S.\_\_\_\_\_ souffre du côté droit, de douleurs mécaniques des articulations talo-crutale

ainsi que médio-tarsienne du pied en rapport avec des phénomènes dégénératifs au niveau de ces articulations. L'arthrose talo-crurale est modérée avec un conflit antérieur de cheville, mais plus importante au niveau des articulations talo-naviculaire, avec une nécrose partielle de la tête du talus, et talo-cunéiforme. Le pied est par ailleurs bien aligné dans les plans sagittal et horizontal.

Concernant les douleurs rachidiennes (*lombaires basses en barre sans irradiation dans les membres inférieurs*), elles sont intermittentes, plus ou moins intenses et cèdent en général en quelques jours. Leur rythme est purement mécanique. L'examen du rachis est globalement dans la norme. Nous n'avons aucun document radiologique de la région lombaire à disposition, compte tenu du caractère relativement récent des lombalgies, ces dernières restant, par rapport à la problématique du pied, au second plan. Les douleurs décrites sont probablement en rapport avec des phénomènes dégénératifs du rachis lombaire ou dorsolombaire.

Enfin, Madame S. \_\_\_\_\_ se plaint d'importants effets secondaires de son traitement médicamenteux antalgique.

#### REPONSES AUX QUESTIONS SPECIFIQUES:

1. Quels sont les effets secondaires des médicaments (*notamment le Lyrica® à 150mg*) dont souffre la patiente et quel est leur degré d'importance?

Les effets secondaires classiques de la prégabaline, en particulier chez les sujets d'un certain âge, sont un degré de somnolence très individuel, ainsi que des étourdissements. La sévérité des effets indésirables est en général légère à modérée et le taux d'arrêt de la prise médicamenteuse en raison de ces effets indésirables, toutes études contrôlées, est de 13% chez les patients sous prégabaline et de 5% chez les patients sous placebo. Concernant le système nerveux, les étourdissements sont présents dans environ 22% des cas et la somnolence dans 14% des cas.

Les autres effets secondaires (*non décrits par la patiente*), sont beaucoup plus rares (*euphorie, excitabilité, agitation, fluctuation d'humeur, trouble cognitif, diminution de l'acuité visuelle, tachycardie, hypotension artérielle, dyspnée, ballonnement abdominal, sécheresse de la peau, arthralgie et prise de poids*). Madame S. \_\_\_\_\_ décrit essentiellement des phénomènes à type de somnolence, dont l'intensité semble majeure, l'obligeant à dormir une grande partie de la journée et l'empêchant de s'occuper de ses enfants qui la réveillent lorsqu'ils rentrent de l'école en fin d'après-midi. Nous faisons remarquer ici que les doses utilisées sont faibles puisque la posologie moyenne de ce type de traitement est de 150 à 600mg par jour en deux ou trois prises et la posologie actuelle de Madame S. \_\_\_\_\_ est de 75mg matin et soir, soit 150mg par 24 heures.

2. Pouvez-vous évaluer l'impact de la symptomatologie douloureuse sur l'ensemble de la santé de la patiente?

Les douleurs du pied droit sont cotées à l'EVA (*échelle visuelle analogique de la douleur*) par la patiente à 9/10, ce qui représente

une intensité majeure des phénomènes douloureux. Cette évaluation reste subjective car il est difficile d'évaluer objectivement l'impact de cette douleur sur la santé de Madame S.\_\_\_\_\_ en dehors des éléments recueillis à l'anamnèse. Le périmètre de marche, difficile à évaluer, semble être très limité. Les douleurs sont permanentes, mais ce ne sont «*pas vraiment des douleurs*», mais c'est «*autre chose, ça bloque, ça tire, c'est difficile à exprimer pour moi*». On voit donc à travers ces différents éléments, que l'impact subjectif de la douleur semble majeur sur la santé de Madame S.\_\_\_\_\_, le handicap fonctionnel perçu étant très élevé.

3. Quel est l'impact psychique de la chronicité de la douleur sur la patiente?

La douleur chronique représente un stress permanent chez l'expertisée qui entraîne des troubles émotionnels et des conduites. Mme S.\_\_\_\_\_ vit repliée sur elle-même, ne sort plus, il lui est difficile de s'occuper de ses enfants. Elle a un vécu sub-dépressif chronique, avec irritabilité, perplexité, colère et autres perturbations émotionnelles.

4. Pouvez-vous dire si l'évolution favorable de la symptomatologie dépressive est liée à une reconnaissance des difficultés somatiques de la patiente? Si oui, quelle est l'évolution actuelle?

La reconnaissance des difficultés somatiques de la patiente est de nature à diminuer les troubles réactionnels de type dépressif et émotionnel. Ces troubles sont actuellement d'intensité moyenne à faible et sont susceptibles de s'atténuer encore, mais on ne peut pas attendre une rémission totale et il faut craindre une évolution vers la chronicité, de type dysthymique.

5. Comment évaluez-vous concrètement les chances de réinsertion sur le plan professionnel de la patiente, compte tenu des douleurs chroniques qu'elle ressent quotidiennement?

Le pronostic de réinsertion professionnelle de Madame S.\_\_\_\_\_ reste à notre avis très sombre, compte tenu des douleurs chroniques et surtout du vécu de ses douleurs. En effet, il existe de nombreuses barrières mises en avant par la patiente, en premier lieu des effets secondaires du traitement antalgique. Celui-ci est décrit d'abord comme «*inefficace*», puis comme «*un petit peu efficace*», lorsqu'on lui fait remarquer que si le traitement est inefficace et induit des effets secondaires majeurs, il est inutile qu'elle continue à le prendre. Par ailleurs, si on lui demande pourquoi elle ne peut utiliser son pied gauche pour actionner la pédale de la machine à coudre, elle répond qu'elle ne peut pas parce qu'elle est trop fatiguée, trop «*droguée*», qu'elle dort tout le temps et ce, à cause des médicaments. De ce fait, les chances de réinsertion professionnelle sont donc infimes.

6. Pouvez-vous évaluer la capacité de la patiente à maintenir un rendement suffisant dans une activité professionnelle sur une journée entière?

Dans la profession de couturière, exercée essentiellement en position assise et ne nécessitant que la manipulation d'une pédale

«*d'accélération au pied*», nous sommes d'avis, sur le plan somatique, qu'une capacité totale de travail peut être reconnue du point de vue orthopédique, en utilisant le pied gauche. Le rendement est certes diminué d'environ 25% et ce, sur une journée entière.

7. Pouvez-vous expliquer pourquoi les traitements médicamenteux et les opérations subies par la patiente n'ont pas permis de modifier la symptomatologie douloureuse?

A notre avis, l'échec des traitements médicamenteux et des opérations orthopédiques est en grande partie explicable par un contexte bio-psycho-social très difficile et dans une mesure nettement moindre par les atteintes purement orthopédiques du pied droit.

Pouvez-vous évaluer l'intensité des douleurs ressenties par la patiente?

Cette intensité douloureuse subjective est cotée à 9/10 sur l'échelle visuelle analogique. La douleur est donc majeure (équivalente à celle provoquée par exemple par l'arrachement d'un membre).

Pouvez-vous estimer dans quelle mesure et pour quelles activités la patiente est incapable de travailler?

Toute activité exigeant des déplacements fréquents, à plat comme dans les escaliers, une marche en terrain irrégulier, le port régulier de charges supérieures à 5kg, tout travail de force, est incompatible avec les atteintes orthopédiques du pied droit de Madame S.\_\_\_\_\_.

Toute activité sédentaire, exercée en position assise avec des déplacements modérés est par contre possible. Une diminution de rendement peut être retenue, de l'ordre de 25%, dans quelque activité de ce type que ce soit".

Dans ses déterminations du 22 novembre 2012, la recourante a proposé de mettre en œuvre un électromyogramme et une scintigraphie osseuse, puis relevé que les experts avaient sous-estimé l'importance des éléments subjectifs (somnolence, douleurs permanentes, rachialgies, état dépressif). Elle a déposé les documents médicaux suivants:

- Un rapport du 14 janvier 2011 du Dr V.\_\_\_\_\_, neurologue, qui a procédé à un examen neurologique de l'assurée. Ce spécialiste a retenu les conclusions suivantes:

"Sur la base de l'ensemble de ces éléments, en ce qui concerne les membres supérieurs, je retiens des paramètres neurographiques qui restent dans des intervalles physiologiques. Il s'agit donc d'une

symptomatologie compatible avec un probable tunnel carpien, essentiellement irritative pour laquelle on peut en rester à des mesures conservatrices avec application de Flector Tissugel et le port d'une attelle de posture de type Spencer pour les périodes de repos et la nuit. Il n'y a pas d'arguments pour une atteinte radiculaire actuellement.

En ce qui concerne le dos et les membres inférieurs, je note un syndrome lombovertébral modéré. Il y a une discrète atteinte radiculaire irritative caractérisée par une manoeuvre de Lasègue sensible en fin de course ddc. A ce jour je n'ai pas d'arguments qui justifieraient des investigations neuroradiologiques à la recherche d'un conflit disco-radiculaire significatif.

Enfin, en ce qui concerne la cheville droite, la latence motrice distale pour le sciatique poplité interne donc pour le nerf tibial postérieur est parfaitement physiologique. D'autre part il y a une atrophie du pédieux à droite dans le cadre de troubles arthrosiques avec limitation de la mobilisation, raison pour laquelle on n'obtient pas de réponse motrice pour le SPE distalement. Il me semblerait raisonnable distalement au niveau du membre inférieur droit de ne rien faire. Peut-être pourrait-on améliorer un peu la situation en mettant Lyrica 25 mg le matin et 50 mg à midi et 75 mg le soir pour qu'elle ne soit pas trop assommée. S'il devait y avoir un suivi psychothérapeutique, ce que la patiente souhaite, peut-être qu'une approche complémentaire avec Cymbalta pourrait aussi être discutée".

- Un rapport du 19 novembre 2012 du Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, critiquant les constatations et les conclusions de l'expertise judiciaire. Il a notamment indiqué que les lésions osseuses reconnues semblaient difficilement compatibles avec une position sédentaire toute la journée. Il a proposé un électromyogramme, pour explorer le territoire nerveux moteur et sensitif du pied droit, et une scintigraphie osseuse, pour statuer sur les phénomènes inflammatoires récurrents du pied droit.

Dans sa prise de position du 21 novembre 2012, l'OAI a confirmé sa position. Il a déposé un avis médical du SMR du 15 novembre 2012 du Dr X.\_\_\_\_\_, qui a rejoint les constatations et les motivations de l'expertise judiciaire, en particulier l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée avec un rendement diminué de 25%.

Le 10 décembre 2012, la recourante a répété sa demande tendant à la mise en œuvre d'un électromyogramme et d'une scintigraphie osseuse, et a requis la désignation d'un neurologue

indépendant pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Elle a déposé un rapport du 6 décembre 2012 du Dr V.\_\_\_\_\_, qui comporte les conclusions suivantes:

"Sur la base de l'ensemble de ces éléments, d'un point de vue strictement neurologique, je note actuellement qu'il n'y a aucune atteinte sur le tronc sciatique poplité interne du point de vue neurographique. Il n'y a aucun argument évocateur d'un syndrome du tunnel tarsien.

Par contre, je note du point de vue clinique une atrophie complète du muscle pédieux à droite, une hypomyotrophie de la loge antérieure de la jambe droite et du point de vue ENMG une inexcitabilité complète du tronc sural (sensitif) et de la branche terminale sensitive du musculo-cutané à droite. Je note également que la latence dérivée par aiguille pour le tronc sciatique poplité externe au niveau du muscle jambier antérieur droit après stimulation au col péroné est significativement allongée et microvoltée.

Compte tenu des différentes interventions qui ont eu lieu au niveau de la cheville et du pied, je retiens comme très vraisemblable qu'il y ait eu des lésions au niveau des troncs sural et des branches terminales sensibles du musculo-cutané localement pour rendre compte de l'inexcitabilité de ces troncs nerveux, très vraisemblablement séquellaire (2006 et 2008). Ceci rend compte des douleurs neuropathiques que la patiente présente au niveau des troncs sensitifs précités. Les douleurs neuropathiques des troncs sensitifs sont soulagées par la prise de Lyrica 2 x 75 mg/j, toutefois responsable d'effets secondaires à type de somnolence.

L'atrophie du muscle pédieux droit peut être secondaire à l'arthrodèse, mais il faut noter que la latence proximale du SPE est significativement allongée, suggérant une souffrance secondaire, tardive, à une lésion distale sur la branche motrice destinée au muscle pédieux droit (dégénérescence wallérienne).

On peut également relever que si le Centre d'Antalgie du CHUV a proposé à la patiente la pose d'un stimulateur médullaire, approche thérapeutique relativement lourde, c'était bien en raison d'une symptomatologie algique jugée comme sévère...

Je pense que la symptomatologie neuropathique actuelle est réelle, secondaire à une atteinte des troncs sensitifs sural et de la branche terminale sensitive du musculo-cutané, sans parler de l'atteinte de la branche motrice pour le muscle pédieux droit.

Sans être orthopédiste, je pense qu'il n'y a plus lieu de prévoir une quelconque intervention au niveau de ce pied droit en ce qui concerne l'aspect strictement orthopédique.

En ce qui concerne la symptomatologie neurologique, je proposerais de répartir la médication de Lyrica à une posologie plus faible par exemple 3 à 4 x 25 mg/j, à répartir à des intervalles de 4 heures afin de diminuer les effets secondaires à type de somnolence. On

pourrait y ajouter une médication antalgique de type Sarotène retard 50 mg le soir comme traitement antalgique de fond. Il y aurait aussi l'alternative de remplacer le Lyrica par du Neurontin à une posologie fractionnée progressivement, à augmenter en fonction de la tolérance et de l'efficacité. Enfin, il resterait encore la possibilité d'appliquer des patches de Qutenza (capsaïcine) avec toutes les précautions d'usage requises.

J'ai encouragé par ailleurs la patiente à reprendre un traitement de rééducation sensitive locale comme cela lui avait été proposé au début de l'année 2011.

Pour ma part, je pense que l'aspect neurologique de la situation de la patiente n'a pas été évalué à sa pleine valeur; si cela s'avérait nécessaire, une expertise indépendante, auprès d'un neurologue, mériterait alors d'être envisagée afin de mieux apprécier la capacité résiduelle de travail, ceci sous réserve de ce que les modifications thérapeutiques précitées pourraient amener.

J'ai par ailleurs longuement expliqué à la patiente la situation neurologique de ses douleurs d'un point de vue anatomique, ce qui aura peut-être contribué à la rassurer sur l'absence d'autres éléments sous-jacents. Ceci a pu aussi contribuer à la tranquilliser en lui expliquant l'organicité de la symptomatologie douloureuse actuelle".

Le 11 janvier 2013, la recourante a réitéré sa demande tendant à de nouvelles investigations sur le plan médical.

Le 7 février 2013, l'OAI a relevé que les nouvelles investigations demandées par la recourante n'apporteraient vraisemblablement pas de renseignements supplémentaires en termes de limitations fonctionnelles et de capacité de travail, de sorte qu'elles ne sont pas nécessaires. Il a déposé les documents médicaux suivants du SMR:

- Un avis médical du 3 janvier 2013 du Dr X.\_\_\_\_\_, qui a relevé que l'électromyogramme proposé par le Dr B.\_\_\_\_\_ est superflu. Des examens complémentaires ne changeraient pas la position du SMR. Les limitations fonctionnelles objectives, et non les résultats des examens complémentaires, déterminent la capacité de travail. Au vu des constatations des experts, une scintigraphie n'apporterait rien d'utile pour le traitement de l'assurée.

- Un avis médical du 10 janvier 2013 du Dr X.\_\_\_\_\_, qui a relevé que l'avis du Dr V.\_\_\_\_\_ permet de confirmer l'origine organique des douleurs de l'assurée. Cela étant, les limitations fonctionnelles, et non la nature des douleurs, définit la capacité de travail; or ces dernières n'ont pas été décrites par le Dr V.\_\_\_\_\_. Dès lors, une expertise neurologique n'apportera pas de renseignements complémentaires sur les limitations fonctionnelles et sur la capacité de travail.

**D.** La recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite et Me Valentine Gétaz Kunz, avocate à Cully, a été désignée en qualité d'avocate d'office.

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

**1.** **a)** 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'AI (art. 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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 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).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

**b)** 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). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** Dans le cas présent, le droit de la recourante à une rente d'invalidité est litigieux, cette prestation lui étant refusée par l'OAI.

**3. a)** Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 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.

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: 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 (let. a), il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: un taux de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière.

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 51 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement

exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

L'assureur social, et 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, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 de l'expert 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 et les références citées; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont dûment motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201; dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011) a une pleine valeur

probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3).

Par ailleurs, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

**c)** En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa; TF 9C\_667/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.1).

**d)** Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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 (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus

s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 343 consid. 3.4; 128 V 29 consid. 1; TF 8C\_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (ATF 129 V 222 et les références citées).

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en règle générale en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C\_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1).

Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible – le revenu d'invalidité peut être évalué, notamment, sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ATF 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C\_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 3.2).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge,

années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; TF 9C\_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 4.1). Selon une jurisprudence récente, l'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question relevant du pouvoir d'appréciation de l'administration. Lorsque la juridiction cantonale examine l'usage qu'a fait l'administration de ce pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, elle doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25%) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2 in fine et les références citées).

**4. a)** L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci: méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa; ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI; ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al. 3 LAI; ATF 137 V 334; 130 V 393; 125 V 146).

Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec 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; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en

corrélation avec l'art. 16 LPGA et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références citées) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 et les références citées; ATF 128 V 29).

Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI). Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 27 RAI; ATF 137 V 334 consid. 3.1.2).

Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI; ATF 137 V 334 consid. 3.1.3; 131 V 51 consid. 5.1.2; cf. aussi ci-dessous consid. 4c).

**b)** Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de

son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références citées; 117 V 194 consid. 3b).

**c)** Comme exposé ci-dessus, lorsque la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité est applicable, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidé). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) - est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a). Lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la

santé (ATF 137 V 334 consid. 4.1; TF 9C\_713/2007 du 8 août 2008 consid. 3.2).

L'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels doit être évaluée selon la méthode spécifique de comparaison des types d'activité. L'application de cette méthode nécessite l'établissement d'une liste des activités - qui peuvent être assimilées à une activité lucrative - que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération, conformément à la Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI; ATF 137 V 334 consid. 4.2; 130 V 61).

**d)** Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 137 V 334 consid. 5.1; 128 V 93). Les empêchements de l'assurée doivent être évalués en tenant compte de l'aide que l'on peut exiger des membres de la famille au titre de l'obligation de réduire le dommage (ATF 130 V 97 consid. 3.2; TF I 561/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.2.1).

**5. a)** Dans le cas présent, sur la base notamment du rapport d'enquête économique sur le ménage du 7 décembre 2009, l'OAI a reconnu à l'assurée le statut d'active à 50% et de ménagère à 50%. La recourante conteste cette répartition et se prévaut d'une part active à 100%, dès lors qu'en bonne santé elle aurait souhaité pouvoir travailler à plein temps. Conformément au rapport d'enquête ménagère, l'assurée a toutefois déclaré qu'en bonne santé elle travaillerait à 50% afin de pouvoir s'occuper des enfants. Il y a donc lieu de s'en tenir à la répartition retenue par l'OAI. Au demeurant, la reconnaissance d'un statut d'active à 100% ne modifierait pas le droit à la rente, ainsi qu'on le verra ci-après (au consid. 6b).

Pour le surplus, la recourante ne remet pas en cause les degrés d'empêchements retenus par l'OAI dans ce rapport d'enquête, aboutissant à un taux d'invalidité de 28.90% dans l'activité de ménagère.

**b)** Sur le plan médical, l'assurée a été soumise à une expertise judiciaire auprès des HUG. Dans ce cadre, elle a fait l'objet d'un examen clinique (notamment cardio-vasculaire, neurologique et ostéo-articulaire) et d'un examen psychiatrique. Dans leur expertise datée du 3 août 2012, les Drs C.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ ont retenu que l'assurée souffrait de douleurs mécaniques des articulations talo-crurale et médio-tarsienne du pied droit en rapport avec des phénomènes dégénératifs, soit une arthrose talo-crurale et talo-naviculaire. L'assurée présentait en outre des douleurs rachidiennes, intermittentes et mécaniques, et se plaignait d'importants effets secondaires de son traitement antalgique. Ils ont retenu que l'assurée pouvait exercer toute activité sédentaire, exercée en position assise avec des déplacements modérés, avec une diminution de rendement de 25%. Les explications des experts sont dûment motivées. Leurs conclusions rejoignent celles du SMR, qui a retenu, ensuite de l'examen effectué le 16 mars 2009 par le Dr Q.\_\_\_\_\_, que l'assurée présentait une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée, en l'occurrence depuis le 10 avril 2008.

Dans ses dernières écritures, la recourante soutient que l'expertise judiciaire ne tient pas suffisamment compte des éléments subjectifs, soit des somnolences, des douleurs permanentes, des rachialgies et de l'état dépressif. Dans leur appréciation du cas, les experts des HUG ont toutefois mis en évidence la présence de douleurs chroniques du pied et de la cheville droits, de douleurs rachidiennes et d'importants effets secondaires (notamment sous forme de somnolence) résultant du traitement antalgique. Ils ont en outre donné des explications détaillées au sujet des effets secondaires des médicaments, de l'impact de la symptomatologie douloureuse, de l'intensité des douleurs ressenties, et des troubles psychiques. On ne saurait donc considérer que les experts des HUG n'ont pas tenu compte des éléments subjectifs, bien au contraire.

La recourante réclame la mise en œuvre, par une expertise neurologique, d'un électromyogramme et d'une scintigraphie osseuse. Ces examens médicaux sont préconisés par le Dr B. \_\_\_\_\_ (rapport du 19 novembre 2012), lequel n'est toutefois pas neurologue ou radiologue, mais médecin généraliste. Certes, le Dr V. \_\_\_\_\_ (rapport du 6 décembre 2012), neurologue traitant, a retenu que l'aspect neurologique n'avait pas été pleinement investigué par les experts des HUG et a requis un complément à ce sujet, afin de mieux apprécier la capacité résiduelle de travail. Cependant, la mise en œuvre de tels examens n'est pas nécessaire. En effet, comme le relève le Dr X. \_\_\_\_\_ (avis médicaux des 3 et 10 janvier 2013), la capacité de travail se détermine par les limitations fonctionnelles objectives et non par rapport à l'origine (neurologique, radiologique ou organique) des atteintes à la santé. Or, les limitations fonctionnelles ont précisément été décrites par les experts des HUG, et non par le neurologue traitant.

**c)** Dès lors, l'expertise judiciaire a valeur probante et permet d'apprécier l'état de santé de l'assurée dans sa globalité et de façon complète. On retiendra donc, également avec le SMR, que la recourante présente, dans une activité adaptée à son état de santé, une pleine capacité de travail avec une diminution de rendement de 25% depuis le 10 avril 2008.

**6. a)** Sur le plan économique, la recourante conteste le taux d'abattement du revenu d'invalidé, fixé à 10% par l'OAI. Au bénéfice d'un permis de séjour, l'assurée vit en Suisse depuis 1997, bénéficie d'une formation de couturière et vit de l'aide sociale depuis 1999. Ses limitations fonctionnelles ont déjà été prises en compte dans la diminution de rendement, fixée à 25%, de sorte qu'elles ne sauraient l'être une seconde fois en tant que facteur de réduction du revenu d'invalidé. Compte tenu de ces circonstances, le taux d'abattement de 10% retenu par l'OAI n'est pas critiquable, ce d'autant plus que la part active est de 50%.

**b)** Le calcul du degré d'invalidité tient correctement compte du salaire selon l'ESS 2008 pour le revenu d'invalidé et pour le revenu sans invalidité. L'OAI a toutefois omis de tenir compte de la diminution de rendement de 25% retenue sur le plan médical par les experts des HUG. Le revenu d'invalidé doit ainsi être ramené à 17'336 fr. 59. La comparaison d'avec le revenu sans invalidité, fixé à 25'683 fr. 84, conduit à un degré d'invalidité de 32.50% dans la part active. Compte tenu de la part ménagère (empêchements de 28.90%), il en résulte un degré d'invalidité global de 30.70%. Ce taux, inférieur au degré minimal de 40% donnant droit à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI), ne donne pas droit à une rente d'invalidité. Avec un degré d'invalidité de 32.50% pour la part active, il en irait de même si un statut d'active à 100% était admis.

Partant, le recours doit être rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision attaquée rendue par l'OAI.

**7. a)** Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. Me Valentine Gétaz Kunz a produit la liste de ses

opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure. En l'espèce, il convient d'allouer la somme de 5'936 fr. 80 pour l'ensemble des opérations accomplies dans la présente cause, débours et TVA compris (29h35 de travail au tarif horaire de 180 fr. de l'heure, débours par 173 fr. et TVA).

**b)** La rémunération du conseil d'office ainsi que les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont provisoirement supportés par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RS 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

**c)** Le présent arrêt est rendu sans dépens, la recourante n'ayant pas obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 26 mai 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Valentine Gétaz Kunz, conseil de la recourante, est arrêtée à 5'936 fr. 80 (cinq mille neuf cent trente-six francs et huitante centimes), TVA comprise.

**V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

**VI.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Valentine Gétaz Kunz, avocate à Cully (pour S. \_\_\_\_\_)
- 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).

Le greffier :