

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 juillet 2015

---

Composition : Mme THALMANN, présidente  
M. Métral et Mme Pasche, juges  
Greffière : Mme Rossi

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.** \_\_\_\_\_, à [...] (Royaume-Uni), recourante,

et

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

---

**Art. 6 ss LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI.**

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

**A.** G. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1967, ressortissante du Royaume-Uni, est entrée en Suisse le 13 janvier 2009 et a été titulaire d'un permis B valable jusqu'au 14 janvier 2014. Traductrice indépendante, elle a déposé, le 28 avril 2011, une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Le 13 mai 2011, elle a précisé que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % comme traductrice et que son salaire mensuel s'élevait à 10'000 francs.

Selon l'extrait de son compte individuel, l'assurée a réalisé un revenu de 65'000 fr. en 2009 et de 30'000 fr. en 2010.

Dans un rapport du 3 août 2010, les Drs L. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin assistante auprès du Département [...] du Hôpital F. \_\_\_\_\_ (ci-après : Hôpital F. \_\_\_\_\_), ont indiqué ce qui suit concernant l'assurée :

« La patiente susnommée a séjourné dans le service de Traumatologie au Hôpital F. \_\_\_\_\_ du 25.07.2010 au 30.07.2010, date de son retour à domicile.

### **Diagnostic principal :**

- Fracture du tiers moyen/tiers distal de la clavicule D, comminutive, raccourcie
- Fracture du corps de l'omoplate à D
- Fracture de l'arcade postérieure de la 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> côte à D

### **Antécédents et comorbidités :**

- Status post opération de la cheville G
- Status post amygdalectomie

### **Causalité, étiologie :**

Patiente de 42 ans, qui chute à cheval avec réception directe sur le moignon de l'épaule D, occasionnant les lésions susmentionnées.

### **Traitement, intervention, opération du 28.07.2010 :**

Réduction ouverte et ostéosynthèse de la clavicule D par plaque.

### **Discussion et évolution :**

Les suites opératoires sont simples. Le MSD est immobilisé dans un gilet orthopédique et la mobilisation en actif-assisté du MSD est débutée sans charge pendant 6 semaines.  
La plaie reste calme et la patiente peut regagner son domicile en date du 30.07.2010 [...]. »

Le 25 novembre 2010, le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin généraliste auprès de Centre médical X.\_\_\_\_\_, consulté par l'assurée, a établi le certificat médical suivant :

« Je soussigné, Docteur M.\_\_\_\_\_, certifie avoir examiné la patiente susmentionnée le[s] 12 novembre et 23 novembre 2010 à sa demande dans les suites d'un accident survenu le 25 juillet 2010 par chute de cheval dans un manège occasionnant de multiples fractures de l'épaule et de la région thoracique droite pris en charge initialement par le Hôpital F.\_\_\_\_\_.

Son état a nécessité l'ostéosynthèse d'une fracture du tiers moyen de la clavicule droite et des traitements antalgiques pour de multiples fractures costales droites et une fracture scapulaire droite.

La patiente me consulte le 12 novembre 2010 devant la persistance, malgré les antalgiques et la physiothérapie, de douleur sur l'hémithorax droit.

Elle me demande ce jour de refaire le point sur les images radiographiques afin de déterminer les fractures engendrées par cet accident.

A la relecture des radiographies initiales faites par le Hôpital F.\_\_\_\_\_ amenée[s] par la patiente sous format de clé USB : Les images sont à la faveur de :

- Fracture claviculaire du tiers moyen ostéosynth[é]sée.
- Fracture corporéale de la scapula droite.
- Fractures des arcs postérieurs des 3[è]me, 4[è]me, 5[è]me et 6[è]me côtes droites.

Un bilan radiographique est réitéré ce jour, comprenant une radiographie thoracique de face avec deux incidences de gril costal droit centrées sur la moitié supérieure puis la moitié inférieure.

Sur ces nouvelles radiographies on retrouve en effet :

- La fracture claviculaire droite ostéosynth[é]sée.
- La fracture du corps scapulaire droit consolidée avec un cal osseux.
- Fractures des arcs postérieurs des 3[è]me, 4[è]me, 5[è]me et 6[è]me côtes droites en voie de consolidation avec un cal osseux.
- Fractures des arcs moyens des 3[è]me, 4[è]me, 5[è]me, 6[è]me et 7[è]me côt[e]s droites également en voie de consolidation avec cal osseux.

Certificat fait à la demande de l'intéressée pour faire suivre [à] son avocat afin de faire valoir ses droits. »

Dans un rapport du 2 décembre 2010, le Dr J.\_\_\_\_\_, radiologue auprès de la Clinique V.\_\_\_\_\_, a mentionné ce qui suit :

« **RADIOGRAPHIES GRIL COSTAL DROIT**

**Indication**

Chute de cheval le 25.07.2010 avec traumatismes de l'épaule droite et de l'hémithorax droit pris en charge par le Hôpital F.\_\_\_\_\_. Bilan lésionnel fracturaire à distance chez une patiente présentant des douleurs résiduelles sur les dernières côtes droites (8, 9,10 et 11).

**Description**

Status post ostéosynthèse plaque - vis de la clavicule droite avec un foyer de fracture réduit en voie de consolidation.

Doubles foyers de fractures postérieurs des côtes 4, 5, 6 et 7 réalisant un volet costal avec des foyer[s] de fracture présentant des cal[s] osseux, mais sans signe de consolidation définitive.

Pas d'autre fracture costale identifiable.

Fracture en voie de consolidation du tiers moyen du bord antéro-externe de l'omoplate droite. »

A la suite d'un scanner thoracique, le Dr J.\_\_\_\_\_ a dressé un autre rapport, le 15 décembre 2010, dans lequel il a formulé la conclusion suivante :

« Fracture de l'omoplate droite et multiples fractures costales droites (cf. description) d'allure en grande partie consolidée, sans argument en faveur d'éventuelles pseudarthroses. Doute quan[t] à une micro-effraction corticale de la tête humérale droite. »

Dans un rapport du 23 décembre 2010, le Dr M.\_\_\_\_\_ a exposé notamment ce qui suit au médecin-conseil de l'assurance de l'intéressée :

« J'ai eu l'occasion de suivre du 12 novembre à fin décembre la patiente susmentionnée à distance d'un accident par chute de cheval dans un manège survenu le 25 juillet 2010.

Elle a en effet présenté ce jour une chute de cheval dans un manège avec réception sur épaule droite occasionnant une prise en charge par le Hôpital F.\_\_\_\_\_.

Un bilan radiographique a alors été effectué objectivant plusieurs fractures dont une fracture claviculaire droite du tiers moyen ostéosynth[é]sée.

Le suivi initial a été organisé par le Hôpital F. \_\_\_\_\_ et la patiente s'est présentée chez moi pour la suite d'un suivi le 12 novembre 2010 devant la persistance de douleurs résiduelles sur l'hémi-thorax droit, en particulier basi-thoracique droi[t].

L'examen clinique a objectivé une persistance douloureuse en regard des 9-10-11[è]mes côtes droites reproductible à la palpation sans dyspnée, toux ou anomalie auscultatoire.

Un bilan radiographique a été réitéré à la demande de la patiente [et] complété par un scanner thoracique.

Celui-ci confirme :

- Une fracture de l'omoplate droite (pilier antérieur et aile de l'omoplate).
- Fracture du tiers moyen claviculaire droit ostéosynth[é]sée.
- Doubles foyers de fractures des arcs postérieurs et des tiers moyens des côtes 3, 4, 5, 6 et 7 à droit[e].
- Présence également de fractures des arcs postérieurs des côtes 8, 9 et 10 d'allure consolidée.
- Doute quant à une micro-effraction corticale de la tête humérale droite à hauteur du massif trochantérien.

Devant la persistance des douleurs de l'hémi-thorax droit, non améliorées par les différents traitements médicamenteux et les séances de physiothérapie nous sollicitons la prise en charge d'une cure balnéaire d'une ou deux semaines dans un centre antalgique adapté. »

Dans un rapport du 23 mars 2011, le Dr C. \_\_\_\_\_, radiologue anglais que l'assurée avait consulté, a notamment observé une minime cunéiformisation antérieure de D7 avec une perte de hauteur D6-D7.

A la suite d'une IRM dorsale effectuée le 2 mai 2011, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie auprès de la Clinique D. \_\_\_\_\_, a conclu son rapport du même jour comme il suit :

« **Conclusion :**

**Minime cunéiformisation du corps de D7 sans tassement récent. Discrètes discopathies aux deux derniers niveaux lombaires. »**

Le 11 mai 2011, le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a exposé que l'assurée avait suivi un traitement ambulatoire auprès de lui du 14 janvier au 10 mai 2011, date du dernier contrôle. Il a indiqué que la patiente

annonçait de fortes douleurs, la nature du traitement actuel étant antalgique. Il a en outre mentionné que le pronostic était bon et a estimé que la capacité de travail exigible était entière, sans baisse de rendement. Il n'a pas retenu de limitations fonctionnelles.

Le 31 mai 2011, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a fait part de ses observations au Dr Z.\_\_\_\_\_. Il a posé les diagnostics de chute de cheval le 25 juillet 2010 avec minime cunéiformisation du corps de D7 sans tassement récent, une probable fracture des côtes 3 à 7 à droite et une contusion de l'épaule. Il a conclu son rapport comme il suit :

« **Synthèse et conclusion**\_\_\_\_\_

Ta patiente de 43 ans a chuté le 25.07.2010 d'un cheval et se plaint dès lors de multiples douleurs du rachis, de l'épaule et de la cage thoracique à prédominance droite. On avait initialement constaté une fracture claviculaire qui a été opérée et la patiente avait l'impression que les fractures des côtes ont été ignorées par le Hôpital F.\_\_\_\_\_. Car je ne possède aucun document médical de cette prise en charge en urgence, je reste sans renseignements complémentaires. La patiente avait également en fin d'année 2010 profité d'une IRM de la colonne dorsale qui avait montré une atteinte minime de D7. La patiente croyait d'avoir un tassement vertébral et que ses douleurs dans la cage thoracique inférieure à gauche pourrai[en]t venir de ce dégât.

L'examen neurologique montre des réflexes, une force et une sensibilité parfaitement bien préservés. Il existe encore une légère douleur à la percussion de la colonne dorsale. Il n'y a pas d'atrophie ou hypomyotrophie musculaire. La mobilité est préservée.

J'ai essayé de corriger les mauvaises informations et de rassurer la patiente qui craignait toujours qu'on n'avait pas reconnu toutes les atteintes de son accident. Je l'ai sollicitée d'augmenter encore le Neurontin® pour avoir une meilleure couverture antalgique. Un traitement d'un anti-douleur/anti-dépresseur tricyclique, par exemple du Tryptizol®, est absolument à introduire pour éviter une chronification de la douleur au niveau central. Une physiothérapie pour le rachis est indiquée. Une consultation d'antalgie pourrait s'avérer utile. Car il n'y a pas de problèmes classiquement neurologiques, aucun autre suivi n'est nécessaire. »

Le 6 juin 2011, le Dr H.\_\_\_\_\_ a en outre indiqué ce qui suit à

l'OAI :

« **1.4**

Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour, symptômes actuels)

La patiente me décrit d'avoir eu un accident de chute de cheval dans le manège [...] fin juillet 2010. Elle n'avait pas de perte de connaissance. Après la chute sur le sol elle a dû se tenir l'épaule droite qui était fortement douloureuse. Admise au Hôpital F. \_\_\_\_\_ on constate une fracture claviculaire et des côtes. Pour la 1<sup>ère</sup> elle a été opérée. Car les douleurs persistaient au niveau de la cage thoracique, elle consulte après quelques jours Centre médical X. \_\_\_\_\_ où on reconstate des fractures des côtes qui n'étaient encore pas complètement reconsolidées dans une radiographie de novembre 2010. A ce moment[-]là elle ressentait des décharges électriques dans la partie inférieure de la cage thoracique à droite. [E]lle est allée en Angleterre où on a fait une IRM de la colonne dorsale, où on a, selon la patiente, constaté une fracture de compression de D7.

Tu as recontrôlé l'IRM ici qui a seulement montré une minime cunéiformisation de D7 sans tassement.

Elle me décrit de survivre seulement avec du Neurontin® 700 mg et du Tramadol® 300 mg/j et irrégulièrement du Spedifen® et du Dafalgan®. Elle a essayé durant une semaine d'arrêter cette médication qui s'est révélé avec une aggravation de x10 des douleurs. La patiente se plaint encore aujourd'hui des douleurs de l'épaule, des douleurs sous forme de décharges électriques aux mouvements du thorax et une chaleur sur la partie supérieure de la colonne dorsale, plutôt en projection de D3-D4 que de D7. Quand elle se couche elle décrit des spasmes des muscles qu'elle n'avait pas auparavant, dont l'origine reste peu claire. Par intermittence c'est toute la colonne vertébrale qui fait mal.

[...]

### **1.7**

Questions sur l'activité exercée à ce jour

Énumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes?

La patiente se plaint encore de multiples douleurs à l'épaule à droite et sur le rachis. Ces douleurs sont aggravées quand elle reste longtemps assise devant l'ordinateur, légèrement penchée en avant ou appuyée sur les coudes. »

Le Dr H. \_\_\_\_\_ a ajouté ne pas avoir établi de certificat d'incapacité de travail. Il a estimé que, sous une intensification du traitement antalgique, une reprise du travail partielle et progressive serait souhaitable, le rendement pouvant être réduit au début, dans la mesure de la nécessité de se lever régulièrement pour bouger. Il n'y avait actuellement pas d'indication pour une réadaptation professionnelle car l'assurée, en tant que traductrice, avait déjà un travail physiquement léger.

Le 16 septembre 2011, l'assurée a subi un CT-scan thoracique. Dans un rapport du même jour, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a indiqué ce qui suit :

« **Conclusions :**

Status après fracture de la clavicule droite traitée par ostéosynthèse, status après fractures du 3ème arc costal latéral droit et des arcs postérieurs des 3ème à 9ème arcs costaux, toutes consolidées, présentant néanmoins un cal d'aspect irrégulier en regard des 3ème à 5ème arcs postérieurs.

Trois formations micro-nodulaires pulmonaires et cinq lésions hypodenses hépatiques, à confronter aux anciens CT-scan. »

Dans un rapport du 13 octobre 2011, le Prof. D.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et en soins intensifs, médecin-chef auprès du Centre Z.\_\_\_\_\_ de l'Hôpital B.\_\_\_\_\_, Hôpital B.\_\_\_\_\_, a mentionné notamment ce qui suit à l'attention du Dr T.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Centre médical P.\_\_\_\_\_ :

« Sans revenir sur les détails de l'anamnèse de Mme G.\_\_\_\_\_ que vous connaissez bien, je rappelle que cette patiente, en bonne santé habituelle, fait une chute à cheval le 25 juillet 2010. Cet événement se solde par de multiples fractures ; la clavicule droite est ostéosynthésée au Hôpital F.\_\_\_\_\_ alors que les autres fractures (côtes 3 à 10 et omoplate à droite) sont traitées conservativement. Aucun examen complémentaire n'est effectué dans les suites immédiates de l'accident et un scanner thoracique du 15 décembre 2010 est rassurant, confirmant une consolidation des fractures costales et de l'omoplate sans argument en faveur d'éventuelle pseudarthrose. Toutefois, une I.R.M. effectuée en Angleterre en mars 2011 conclut à une cunéiformisation du corps de D7, qualifiée de minime, une trouvaille qui sera confirmée par une deuxième I.R.M. du 2 mai 2011 à la Clinique D.\_\_\_\_\_ de [...].

S'agissant des douleurs, elles intéressent le plan dorsal, maximales dans la région médio-thoracique, irradiant depuis l'espace inter-scapulaire jusque dans la région lombaire, latéralement de chaque côté. Pas d'irradiation douloureuse dans les membres inférieurs ni dans les bras. Les symptômes ont une connotation neuropathique (brûlures et décharges électriques) et sont nettement amélior[és] par l'application de froid dans la région inter-scapulaire. Les douleurs s'aggravent en revanche en position assise, debout et en flexion. Pas de douleur en extension, la position couchée est relativement confortable.

Un status neurologique effectué par le Docteur H.\_\_\_\_\_ ne montre pas d'altération des réflexes, de déficit moteur ou sensitif ou encore d'atrophie ou d'hypo-myotrophie.

Les symptômes n'interfèrent pas avec le sommeil, probablement en raison d'une médication relativement lourde comprenant de l'Amitriptyline (50 mg), de la gabapentine (1200 mg), du Tramadol (200 mg), l'ibuprofène (1800 mg) et du paracétamol (3 g).

**Appréciation :**

Madame G. \_\_\_\_\_ souffre de douleurs neuropathiques qui se sont développées dans les suites d'un traumatisme avec fractures multiples secondaires à une chute à cheval. Alors que sur le plan orthopédique les choses ont évolué de manière satisfaisante, la patiente développe progressivement un état douloureux qui se chronifie avec des symptômes qui ont un caractère neuropathique. Cliniquement, la compression thoracique ne permet pas de reproduire les symptômes ce qui parle contre une origine mécanique, de même qu'un CT thoracique récent (16 septembre 2011) qui confirme une consolidation de toutes les fractures.

Sur le plan du traitement, les médicaments qui sont proposés sont bien supportés et ne nécessitent pas d'adjonction. J'ai proposé l'utilisation d'un TENS qui s'avère exacerber les douleurs dans la région thoracique même si ce dispositif permet de soulager quelque peu des lombalgies dont elle souffre occasionnellement.

Il n'y a, à mon avis, pas d'indication à des traitements par infiltrations, pas davantage que ne se justifie une neuromodulation que ce soit par stimulation médullaire ou administration intrathécale de médicaments.

Il ne fait aucun doute que Madame G. \_\_\_\_\_ souffre de douleurs chroniques qui ne sont pas contrôlées de manière optimale. Elle estime par ailleurs avoir pâti d'une prise en charge insatisfaisante étant persuadée que les fractures costales de même qu'un éventuel tassement vertébral (D7) ont passé inaperçu[s] ou ont été négligés lors de l'évaluation initiale. Elle attribue ses douleurs actuelles au traumatisme dont elle a été victime et a entrepris une procédure juridique pour obtenir réparation.

Dès lors qu'aucune procédure interventionnelle ne se justifie, nous avons décidé d'un commun accord d'interrompre la prise en charge dans le Centre Z. \_\_\_\_\_. Je reste cependant volontiers à disposition de Madame G. \_\_\_\_\_ pour reconsidérer sa problématique si elle ou ses médecins traitants l'estimaient nécessaire. »

Dans un avis médical du 17 octobre 2011, le Dr V. \_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a mentionné ce qui suit :

« Assurée de 43 ans, traductrice indépendante, victime d'une chute de cheval le 25.07.2010 responsable d'une fracture du corps de D7 avec minime cunéiformisation du corps, fracture du gril costal D de la 3<sup>ème</sup> à la 10<sup>ème</sup> côte, fracture du tiers moyen de la clavicule D ostéosynthésée par la suite, fracture de l'omoplate D.

Le Dr Z.\_\_\_\_\_, orthopédiste, dans son rapport médical du 11.05.2011, annonce une évolution très favorable, sans limitation fonctionnelle et ceci depuis le début 2011 (voir page 4 du rapport).

Nous avons donc retenu le début de la capacité de travail de l'assurée en date de la première consultation, le 14.01.2011.

Un état algique résiduel est signalé par le Dr Z.\_\_\_\_\_ et on le retrouve dans le rapport médical du Dr H.\_\_\_\_\_, neurologue du 06.06.2011, les limitations fonctionnelles qui en découlent sont signalé[es] à la page 1. »

Ce médecin a en outre retenu une incapacité de travail totale du 25 juillet 2010 au 13 janvier 2011, puis une capacité de travail entière dès le 14 janvier 2011 dans l'activité habituelle de l'assurée et dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (éviter des travaux de force au niveau du bras droit, possibilité de changer de position assis/debout).

Le 12 janvier 2012, le Dr T.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de status après fractures de la clavicule droite, de l'omoplate droite et des costales droites (3 à 10). Il a indiqué que le pronostic était bon et que le traitement était antalgique. Il a mentionné que l'assurée rapportait des douleurs au rachis ne permettant d'après elle pas le maintien de la posture assise, ni l'exigibilité de son activité habituelle. Selon l'intéressée, l'effet du traitement était très partiel et une reprise du travail ou une amélioration de la capacité de travail ne pouvait être attendue. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a rempli le questionnaire relatif aux travaux pouvant encore être exigés de l'assurée, compte tenu des limitations dues à son état de santé, dans le cadre d'une activité adaptée à son handicap. A la rubrique « soulever/porter (près/loin du corps ?) », il a répondu positivement et à celle intitulée « Limite de poids », il a écrit « son sac à main! ». A la question « Depuis quand ces indications sont-elles valables? », il a répondu « Depuis juin 2011 : expression de ce que la patiente actuellement affirme pouvoir faire. »

Le 13 janvier 2012, les Drs S.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ du SMR ont indiqué ce qui suit :

« Depuis notre dernier rapport du 17 octobre dernier, nous avons reçu une copie de la lettre du Professeur D.\_\_\_\_\_, Centre Z.\_\_\_\_\_, [...], qui fait état de douleurs neuropathiques qui se sont développées dans les suites d'un traumatisme avec fractures multiples.

Le 16.09.2011 un CT scan thoracique confirme une consolidation de toutes les fractures.

Nous avons discuté le dossier avec le Dr S.\_\_\_\_\_, rhumatologue SMR, qui, au vu du bilan radiologique récent, retient un syndrome douloureux non explicable par les images radiologiques.

En conclusion, les éléments nouveaux ne sont pas aptes à changer notre rapport SMR du 17.10.2011. »

Le 31 janvier 2012, le Dr T.\_\_\_\_\_ a établi l'attestation médicale suivante :

« Je soussigné, médecin-traitant atteste que Mme G.\_\_\_\_\_ présente une affection médicale qui la rend inapte au port de charge. Cet état de fait limite sa capacité à assumer un déménagement.

Fait à la demande de la patiente le 31.01.2012. »

Dans un projet de décision du 27 février 2012, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations, dès lors qu'il ressortait de l'instruction médicale du dossier qu'à partir du 14 janvier 2011, elle était à même de reprendre son activité habituelle de traductrice à plein temps.

Dans une lettre du 3 février 2012, reçue par l'OAI le 15 mars 2012, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a écrit au Dr T.\_\_\_\_\_ notamment ce qui suit :

« Cette patiente qui n'a pas d'antécédent particulier, a fait une chute à cheval le 25.07.2010, relativement violente, avec de multiples fractures au niveau du côté droit, la clavicule et des fractures également au niveau des omoplates et des côtes.

Elle a été traitée chirurgicalement avec une ostéosynthèse de sa clavicule droite, alors que les autres fractures ont été traitées conservativement.

Elle n'avait pas eu de bilan radiologique au niveau de sa colonne cervicale et thoracique au moment de cet accident, et en mars 2011

elle a fait réaliser une IRM dorsale en Angleterre devant la persistance de ses douleurs au niveau thoracique, également dans toute la cage thoracique droite.

Sur ce bilan radiologique, qui a d'ailleurs été confirmé par une nouvelle IRM le 02.05.2011 à la Clinique D.\_\_\_\_\_, il existe une cunéiformisation du corps vertébral de T7 relativement minime, sans instabilité, sans recul du mur postérieur, et il est fort possible que cette anomalie traumatique, soit responsable d'une partie de ses douleurs.

Je lui ai expliqué que dans l'immédiat [i]l n'y avait néanmoins pas d'indication particulière.

En effet, l'examen neurologique hormis les éléments douloureux est strictement normal, la mobilité est bonne, il n'y a pas de mise en cyphose, pas de point douloureux vertébral ou para-vertébral au niveau dorsal, et compte tenu de tous ces éléments je pense qu'il faut poursuivre la physiothérapie, éventuellement la natation et se donner un peu de temps pour juger de l'évolution.

Je lui ai proposé la réalisation d'une nouvelle IRM au niveau de sa colonne thoracique en juillet 2012, nous serons alors à deux ans de son accident, et j'espère que la consolidation sera plus avancée et qu'elle souffrira moins. »

Le 30 mars 2012, l'assurée, par son avocat A.A.\_\_\_\_\_, a fait part à l'OAI de ses objections au projet de décision du 27 février 2012.

Le 15 mai 2012, le Prof. D.\_\_\_\_\_ a indiqué au Dr T.\_\_\_\_\_ les éléments suivants :

« [...]

Un examen récent du Dr N.\_\_\_\_\_ (neurochirurgien) ne retient pas d'indication opératoire même s'il a proposé de répéter une I.R.M. en juillet prochain, soit environ deux ans après l'accident. Je ne suis pas persuadé que cet examen apportera de nouveaux renseignements mais dès lors que la patiente semble beaucoup y tenir, il n'y a pas de raison de s'y opposer.

J'ai réaffirmé qu'il était inapproprié d'envisager des techniques d'antalgie interventionnelle, que ce soit des piqûres ou des implants de quelque ordre que ce soit. Qui plus est, j'ai redit que, à mon avis, la prescription d'opiacés au long cours était peu souhaitable en raison des problèmes engendrés par la tolérance qui se développe à l'égard de ces médicaments. J'ai aussi dit que ces substances étaient sûres et efficaces pour autant qu'on limite sérieusement la durée des traitements [...]. »

Par courrier du 25 mai 2012, le Prof. D. \_\_\_\_\_ s'est adressé à l'assurée en ces termes :

« [...]

S'agissant de vos douleurs, elles sont à mon avis, effectivement, de nature principalement neuropathique. Je vous ai également dit que l'évolution était le plus souvent favorable même si les symptômes pouvaient persister plusieurs années. Il s'agit bien sûr là d'une évaluation statistique.

S'agissant du port de charges, il est contre-indiqué dans la mesure où il accentue vos douleurs. Il n'y a [en] revanche pas d'éléments somatiques qui vous exposeraient à des complications [...]. »

Dans un avis médical du 15 août 2012, les Drs P. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ du SMR ont mentionné ce qui suit :

« Parmi les éléments avancés par le conseil de l'assurée le 30.03.2012, les seuls qui n'aient pas encore été évalués par le SMR sont le consilium neurochirurgical du Dr N. \_\_\_\_\_ du 03.02.2012 (GED 15.03.2012), qui ne retient aucune indication neurochirurgicale, et celui du Prof D. \_\_\_\_\_ du 15.05.2012 (GED 08.06.2012), qui ne propose pas d'antalgie interventionnelle pour les douleurs thoraciques neuropathiques. Le Dr N. \_\_\_\_\_ suggérerait un nouvel IRM dorsal en juillet 2012 ; comme le dit le Prof D. \_\_\_\_\_, il est peu probable que cet examen apporte de nouveaux renseignements, mais il est utile d'en demander le résultat, pour que le dossier soit complet.

Le conseil de l'assurée mentionne de plus une aggravation des douleurs et l'apparition d'une dépression sévère, sans que cela ne soit étayé par un constat médical ; il convient de voir si l'assurée bénéficie d'une prise en charge pour la dépression, et d'interroger le psychiatre. En l'absence d'éléments médicaux allant dans le sens d'une dépression incapacitante, il n'y a pas lieu de mettre en place une expertise ; la situation est claire sur le plan somatique.

La concentration peut être légèrement altérée par l'importante médication antalgique ; cela pourrait entraîner une petite baisse de rendement dans l'activité habituelle, de 20 % au maximum. »

Une IRM dorsale a été effectuée le 4 septembre 2012. La Dresse F. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a conclu son rapport du 10 septembre 2012 comme il suit :

**« IRM de la colonne dorsale qui démontre des discrets remaniements dans le sens des petites hernies intra-spongieuses séquelles de Scheuermann dans les plateaux des vertèbres D6, D7, D8 et également deux discrètes discopathies avec des protrusions discales au niveau D6-D7 et légèrement plus importantes au niveau D7-D8. La vertèbre D7 présente une minime perte de hauteur de son mur antérieur qui pourrait être post-traumatique ancienne. Présence également d'hémangiomes dans les vertèbres D8, D9 et D10. »**

Ensuite de l'interpellation de l'OAI du 21 août 2012 visant à savoir si l'assurée était suivie par un psychiatre et connaître le nom de celui-ci, Me A.A. \_\_\_\_\_ a répondu, le 10 septembre 2012, que tel n'était pas le cas et qu'il lui semblait que l'aspect psychiatrique de l'état de santé de l'assurée devrait être investigué, les atteintes actuelles à sa santé ayant certainement un effet pouvant lui causer notamment une dépression.

Après avoir attesté le 7 août 2012 que le traitement médicamenteux administré à l'assurée comptait parmi ses effets secondaires une sédation marquée, le Dr T. \_\_\_\_\_ a certifié, le 11 septembre 2012, que sa patiente souffrait de douleurs du rachis chroniques, difficilement contrôlables malgré un traitement antalgique conséquent qui avait un effet sédatif marqué et que sa présence à une audience ne pouvait être exigée, tant d'un point de vue physique que mental.

Dans une lettre du 15 octobre 2012, le Dr N. \_\_\_\_\_ a transmis au Dr T. \_\_\_\_\_ les éléments suivants concernant l'assurée :

« [...]

Elle se plaint toujours de dorsalgies, particulièrement invalidantes avec des douleurs semble-t-il fulgurantes et très gênantes à supporter.

Cliniquement heureusement l'examen ne retrouve aucun signe de souffrance neurologique.

Le nouveau bilan avec une IRM dorsale, confirme l'existence d'une atteinte traumatique, vraisemblablement ancienne et correspondant à la chute il y a deux ans, de la vertèbre T7.

En effet on retrouve une irrégularité des plateaux vertébraux supérieur et inférieur de cette vertèbre avec une double discopathie T6 T7 et T7 T8.

Il [est] fort possible que su[r] un terrain de maladie de S[c]heuermann déjà ancien, le traumatisme avec la chute de cheval, qui semble-t-il a été assez violente ait majoré la situation.

Il n'y a en tout cas pas de mise en cyphose, pas de perte significative de la hauteur de la vertèbre, pas de protrusion herniaire, aucune contrainte neurologique et pour toutes ces raisons il n'y a bien sûr pas d'indication chirurgicale la concernant.

Je le lui ai expliqué, des infiltrations ne seraient à mon avis efficaces que de manière transitoire et peu durable et je pense qu'il faut [plutôt] patienter et faire une physiothérapie régulière [...]. »

Dans un avis SMR du 13 novembre 2012, les Drs B. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_ ont indiqué ce qui suit :

« Une nouvelle IRM dorsale a été effectuée à la demande du Dr N. \_\_\_\_\_ le 10.09.2012, qui ne montre rien de nouveau ; il existe de très discrètes altérations dégénératives et séquelles de Scheuermann ; les plaintes de l'assurée ne peuvent être expliquées par ces lésions minimales. Par ailleurs, le conseil de l'assurée a répondu le 10.09.2012 qu'il n'y avait aucune prise en charge psychiatrique. Nous maintenons donc notre position (CT de 100 % dans l'activité habituelle dès janvier 2011, avec au plus diminution de rendement de 20 % liée à l'importante médication antalgique). »

Par décision du 19 décembre 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif que celle-ci avait présenté une incapacité de travail et de gain totale du 25 juillet 2010 au 13 janvier 2011, mais qu'à partir du 14 janvier 2011, elle était à même de reprendre son activité habituelle de traductrice à plein temps.

**B.** Par acte du 31 janvier 2013, G. \_\_\_\_\_, représentée par Me A.A. \_\_\_\_\_, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, avec suite de frais et dépens, à son annulation en ce sens qu'elle a droit à toutes les prestations de l'assurance-invalidité. Elle a en outre formulé une demande d'assistance judiciaire et requis la mise en oeuvre d'une expertise

pluridisciplinaire, l'audition de témoins - notamment des médecins qui l'ont suivie -, son audition par la Cour de céans et la tenue de débats publics. La recourante soutient en substance que l'OAI a violé son devoir d'instruction en n'investiguant pas la cause à satisfaction de droit. Elle allègue que les rapports des Drs Z.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ sont contradictoires. A son avis, le Dr Z.\_\_\_\_\_, qui ne l'a vue que deux fois mais a aussi initialement mal diagnostiqué son cas, ne retient aucune incapacité de travail, alors que le Dr H.\_\_\_\_\_ le contredit en estimant, au chiffre 1.7 de son rapport du 6 juin 2011, que les douleurs à l'épaule droite et au rachis sont aggravées lorsqu'elle reste longtemps assise devant l'ordinateur et constituent bien des restrictions physiques, psychiques et mentales à son activité habituelle ; selon la recourante, ce dernier praticien est en outre d'avis qu'elle ne pourrait reprendre son travail que partiellement et sous une intensification du traitement antalgique, estimant enfin que son rendement peut être réduit. Elle ajoute que ces rapports font l'impasse sur les conséquences des nombreuses fractures costales et sur leurs effets neuropathiques, ainsi que sur les dernières constatations des Drs F.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_. La recourante en conclut que l'intimé aurait dû examiner les conséquences de ses atteintes à la santé sur sa capacité de travail. Elle soutient que l'on ne peut exiger d'elle qu'elle travaille, dès le 14 janvier 2011 déjà, dix heures par jour penchée en porte-à-faux sur son ordinateur à traduire avec précision des textes de haute technicité. Elle estime que l'intimé a oublié qu'elle prend une médication lourde, dont les effets secondaires sont notamment une sédation marquée et une perte de concentration qui l'empêchent également de travailler. Elle prétend en outre que l'intimé devait instruire l'atteinte psychiatrique et psychosociale, car elle subit un grave trouble psychique du fait de sa situation médicale et asséculo-logique. La recourante fait également valoir que l'OAI a violé les règles relatives au calcul du préjudice économique. Elle allègue qu'il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail. Il est selon elle clair qu'elle n'est pas en mesure de travailler depuis le jour de son accident, nonobstant l'avis du Dr Z.\_\_\_\_\_ qui doit

être écarté vu son erreur de diagnostic et sa vision partielle de ses atteintes à la santé. La recourante soutient qu'en raison de ses douleurs neuropathiques, sa capacité d'accomplir son activité de traductrice ainsi que toute autre activité intellectuelle, voire des travaux manuels, ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée, contrairement à ce qu'affirme le Dr Z.\_\_\_\_\_. Même si elle devait récupérer une partie de sa capacité physique, sa perte de gain dépasserait largement les 70 % requis pour l'octroi d'une rente entière.

A l'appui de son écriture, la recourante a produit un bordereau de pièces.

Par décision du 5 février 2013, le Juge instructeur de la Cour des assurances sociales (ci-après : le juge instructeur) a accordé à l'assurée le bénéfice de l'assistance judiciaire pour la procédure de recours, sous la forme de l'exonération des avances et frais judiciaires, ainsi que de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me A.A.\_\_\_\_\_.

Dans sa réponse du 11 mars 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Dans sa réplique du 15 juillet 2013, la recourante a maintenu ses conclusions et ses requêtes de mesures d'instruction. Se référant à ses explications complémentaires annexées par son conseil, à l'écriture de celui-ci, ainsi qu'aux pièces qu'elle a produites, elle soutient souffrir d'une fracture au niveau D7, qui est à l'origine de ses douleurs neuropathiques, ainsi que d'une « très récente affection tri-neuralgique », comme en témoignent selon elle cinq photographies produites.

La recourante a en outre notamment déposé les pièces suivantes :

- un rapport dressé le 27 mai 2013 par le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, dont il résulte notamment ce qui suit :

« **RX DE LA COLONNE DORSALE (FACE, PROFIL)** »

Evaluation d'un status post-fracture de D7 en 2010.

Mise à la peau d'un petit repère plombé, celui-ci se situant à la hauteur de D8.

Sur le seul cliché de profil, discrète cunéiformisation somatique antérieure de D7, sans perte significative de hauteur sur la face, accompagnée par de discrets feuilletés des plateaux et une petite herniation de Schmorl au niveau de son plateau supérieur, l'ensemble pouvant de ce fait aussi bien représenter une séquelle d'une ostéochondromatose de Scheuermann plus focalisée, d'autres feuilletés de plateaux et herniations de Schmorl étant notés en D6, D8 et D9, que refléter des séquelles d'une petite fracture par tassement. Troubles statiques modérés associés notés par une scoliose dorsale dextro-convexe centrée en D11. Pas d'épaississement anormal des tissus mous paravertébraux.

Status post-ostéosynthèse de la clavicule droite.

**CONCLUSION**

Discrète déformation de D7 (cf. supra), ouvrant le diagnostic différentiel entre des séquelles d'une ostéochondromatose pluri-étagée ou post-fracture-tassement » ;

- un rapport non daté de la Dresse A.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, qui, après avoir effectué un scanner du rachis thoracique le 30 mai 2013, en a conclu ce qui suit :

« **CONCLUSION :**

**Aspects compatibles avec un status après tassement du corps de D7, sans bombement intra-canalair de son mur postérieur ni de lésion de son arc postérieur.**

**Discopathie D6-D7 avec protrusion discale postéromédiane légèrement sténosante.**

**Discopathie D7-D8 avec protrusion discale postéromédiane paramédiane droite partiellement calcifiée légèrement sténosante » ;**

- une lettre adressée le 8 juin 2013 par le Dr E.\_\_\_\_\_, à un avocat de l'étude du conseil de la recourante, dont le contenu est notamment le suivant :

« Je vous remercie de m'avoir confié le dossier médico-asséculo-logique de Mme G.\_\_\_\_\_. Je l'ai examinée et a[i] fait réaliser une imagerie complémentaire. Ceci me permet de retenir le diagnostic de fracture de la 7<sup>ème</sup> vertèbre thoracique dans le cadre d'une maladie de Scheuermann, comme étant à l'origine de ses douleurs chroniques. Il est important de souligner que cette lésion entre dans le cadre d'un rachis aux propriétés mécaniques bien particulières, aggravant les signes de cette lésion.

Il apparaît donc utile de réaliser une expertise médicale de causalité et d'évaluation de la capacité de travail résiduelle de Mme G.\_\_\_\_\_. Je me permets d'insister sur le caractère très spécialisé de cette expertise, qui nécessite l'analyse des paramètres rachidiens dans leur ensemble » ;

- un certificat médical établi le 9 juillet 2013 par le Dr T.\_\_\_\_\_, qui atteste d'un arrêt de travail de 100 % pour cas d'accident, d'une durée indéterminée.

Dans sa duplique du 23 octobre 2013, l'intimé a maintenu ses conclusions et a produit un avis médical SMR du 1<sup>er</sup> octobre 2013 des Drs X.\_\_\_\_\_, et P.\_\_\_\_\_, qui ont notamment relevé ce qui suit :

« Durant la procédure de recours, l'assurée fournit de nouvelles pièces médicales :

- une lettre du Dr E.\_\_\_\_\_, orthopédiste, datée du 08.06.2013 et adressée au conseil de l'assurée, dans laquelle ce spécialiste déclare avoir pris connaissance du dossier de l'assurée, et fait réaliser une imagerie complémentaire (radiographies de la colonne dorsale face et profil du 27.05.2013 et scanner du rachis thoracique du 30.05.2013), qui confirme la fracture-tassement de D7 connue depuis 2010, dans le cadre d'une maladie de Scheuermann. Le Dr E.\_\_\_\_\_ préconise une expertise.

La fracture de D7 est connue depuis 2010 et a été prise en compte dans l'évaluation du SMR ; quant à la mention de maladie de Scheu[e]rmann, il s'agit d'un discret trouble du développement du rachis durant la croissance aboutissant, sur les radiographies, à une légère modification de l'apparence des corps vertébraux (« nodules ou herniations de Schmorl »). Ces anomalies n'entra[î]nent pas de limitations fonctionnelles.

En conclusion, il n'y a pas d'éléments médicaux nouveaux susceptibles de modifier notre position. »

Dans ses déterminations du 3 janvier 2014, la recourante a maintenu ses conclusions. Elle soutient que les médecins du SMR ne

justifient pas leur qualification de minime, discret, ou léger au sujet de ses atteintes et qu'ils ne se prononcent pas sur l'origine et les conséquences de ses douleurs neuropathiques, se contentant de retenir un syndrome douloureux inexplicable. Elle ajoute que le Dr E. \_\_\_\_\_ a notamment mis en évidence que les atteintes à sa santé étaient plus graves que ne voulaient l'admettre les médecins du SMR, que l'on tienne compte non seulement de l'imagerie complémentaire qu'il a réalisée, mais aussi et surtout du problème rachidien dans sa globalité. La recourante a requis l'audition du Dr E. \_\_\_\_\_. Se fondant sur le rapport dressé le 16 octobre 2013 par le Dr N. \_\_\_\_\_ qu'elle a produit, la recourante fait en outre valoir que ce praticien contredit l'avis du SMR lorsque celui-ci mentionne que l'évolution orthopédique est favorable, dès lors qu'il a déjà indiqué en 2012 qu'il était fort possible que, sur un terrain de maladie de Scheuermann déjà ancien, le traumatisme dû à la chute de cheval ait majoré la situation. Elle affirme en outre que les atteintes qu'elle subit en D6-D9 sont la cause d'une spondylose « qui, à son tour, résulte en la fusion des vertèbres portant atteinte aux disques adjacents, ainsi qu'aux nerfs vertébraux à proximité, et causant, dans [son] cas, les douleurs neuropathiques intenses dont elle se plaint ». Selon la recourante, ce genre d'atteinte n'est pas susceptible de traitement et, jusqu'à une éventuelle guérison, tout travail, en particulier de traduction qui exige précision, concentration et rapidité, est impossible. Elle est d'avis que les atteintes relevées dans les divers rapports produits sont toutes susceptibles de causer les douleurs neuropathiques dont elle se plaint et que l'intimé n'a pas investigué la discopathie modérée L5-S1 avec un discret relâchement ligamentaire ni le discret relâchement ligamentaire L4-L5, observés par le Dr K. \_\_\_\_\_. Elle indique à nouveau souffrir depuis février 2013 de douleurs trigéminales invalidantes plusieurs fois par mois et pendant plusieurs jours, affections que l'intimé n'a pas examinées. Enfin, la recourante estime qu'une expertise psychiatrique serait bienvenue, dans la mesure où le SMR reconnaît l'existence d'un syndrome douloureux inexplicable. Elle produit également un avis du 19 novembre 2013 de la psychologue I. \_\_\_\_\_ et déclare vouloir consulter un psychiatre et déposer le rapport qui en résultera, demandant un délai supplémentaire pour ce faire.

A l'appui de cette écriture, la recourante a produit les pièces suivantes :

- un certificat médical établi le 16 octobre 2013 par le Dr N. \_\_\_\_\_, dont la teneur est la suivante :

« Je soussigné certifie avoir vu en consultation à deux reprises le 3 février 2012 puis le 4 mars 2013 Madame G. \_\_\_\_\_, née le [...]1967.

Cette patiente présente des séquelles d'un accident de cheval survenu en juillet 2010 avec un traumatisme thoracique et une fracture tassement de T7.

Cette fracture qui ne s'accompagnait d'aucun signe neurologique ne justifiait pas d'une prise en charge chirurgicale. Elle a été traitée conservativement de manière médicale, et tout au plus aurait-on pu discuter l'éventualité d'une vertébroplastie de manière immédiate.

Le délai de consolidation osseuse est difficile à préciser dans ce genre de traumatisme, mais doit être de l'ordre de dix-huit mois » ;

- une attestation du 19 novembre 2013 de la psychologue I. \_\_\_\_\_, qui indique avoir vu la recourante ce jour-là pour une première consultation et l'avoir adressée à un médecin psychiatre, estimant que sa situation méritait une évaluation approfondie.

Par décision du 3 janvier 2014, le juge instructeur a relevé Me A.A. \_\_\_\_\_ de sa mission de conseil d'office de la recourante et désigné en remplacement Me B.B. \_\_\_\_\_. L'indemnité de Me A.A. \_\_\_\_\_ a été fixée par prononcé séparé.

Dans ses déterminations du 21 janvier 2014, l'intimé a confirmé ses conclusions, étant d'avis que les pièces produites n'apportaient pas d'élément médical nouveau.

La recourante a produit un rapport établi le 9 décembre 2013 par le Dr O. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, dont il résulte notamment ce qui suit :

« Pas d'antécédent particulier chez cette traductrice, signale quelques troubles de l'équilibre et une s[é]cheresse buccale probablement secondaire aux médicaments, quelques troubles de la concentration. Elle porte un corset.

Son traitement actuel consiste en une dose élevée de Tramadol 500 à 600 mg/jour, 3000 mg de Neurontin, 50 mg de Saroten retard, et des patchs de Lidocaïne qu'elle change toutes les 24 heures. Spedifen occasionnel.

J'ai pu examiner les radiographies, avec la dernière IRM datant d'il y a plus de 2 ans, montrant l'aspect de fracture tassement de D7, mais sans atteinte de la moelle épinière. Un CT-osseux a été fait cette année, avec également des radiographies, par l'intermédiaire du Dr. E. \_\_\_\_\_, qui a procédé à des infiltrations au niveau de D7, avec discrète amélioration, cependant de courte durée.

Le status neurologique ne montre pas de signe de dysfonction cérébrale ou médullaire centrale, et je n'ai pas non plus de signe radiculaire spécifique, chez une patiente qui présente une marche particulière avec un grand ralentissement, et sans phénomène ataxique malgré une amplitude assez grande des pas.

L'examen des paires crâniennes ne relève pas d'anomalie notamment dans le territoire trigéminal droit, quelques blessures d'origine indéterminée au niveau des deux oreilles, pas d'autre élément facio-bucco-lingo-pharyngé, pas de dysphagie ou de dysarthrie.

Aux membres, absence d'asymétrie sensitivomotrice ou réflexe, pas de signe de Babinski, aucune incoordination cinétique, à noter une grand[e] maigreur de cette patiente, TA basse à 115/70 mmHg au MSG en décubitus.

### **Appréciation**

Nous avons prévu un complément d'investigation par IRM cervico-dorsale d'une part pour confirmer l'exclusion de toute lésion médullaire, ce que suggère le status, et aussi pour éventuellement cibler une possible nouvelle infiltration sous contrôle CT dont il faudra décider à la topographie entre D3 et D7, vu l'importante douleur à ce niveau-là.

Par ailleurs, nous ferons aussi une image de la fosse postérieure pour exclure toute pathologie pouvant expliquer les douleurs de topographie trigéminal droite.

J'ai proposé à la patiente de ne pas changer son traitement médicamenteux, sinon d'essayer de réduire quelque peu le Tramadol, donné à doses très élevées actuellement. »

Le 19 février 2014, la recourante a produit un rapport dressé le 24 décembre 2013 par le Dr U. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie qui avait

procédé à une IRM cervico-dorsale le 23 décembre 2013, et en déduit que le conflit radiculaire supputé est très certainement à l'origine de ses douleurs neuropathiques invalidantes et qu'il doit être investigué. Ce document mentionne notamment ce qui suit :

« **Conclusion :**

1. **Pas d'explication aux douleurs de la patiente en topographie dorsale moyenne, où l'on retrouve une ancienne fracture tassement cunéiformisation antérieure de D7 avec perte de hauteur du mur antérieur d'environ 25 %, consolidée.**
2. **Pas de lésion médullaire ni de compression extrinsèque.**
3. **Altérations dégénératives modérées cervicales, prédominant à l'étage C5-C6 où une discopathie s'accompagne d'une protrusion postéro-latérale et foraminale droite provoquant une sténose modérée du foramen de conjugaison C5-C6 droit, et o[ù] un éventuel conflit sur la racine C6 droite ne peut être écarté. »**

La recourante a également produit le rapport du 6 février 2014 du Dr O. \_\_\_\_\_ ainsi libellé :

« J'ai revu la patiente susnommée à ma consultation du 4 février 2014, avec à l'IRM une cunéiformisation antérieure de D7 avec perte de hauteur du mur antérieur d'environ 25 %, sans autre explication par rapport à sa douleur locale, notamment pas de compression radiculaire, pas de sténose canalaire ou des trous de conjugaison. Les seules discopathies présentes sont au niveau cervical, sans corrélation avec la symptomatologie actuelle, mais il est clair que la patiente présente aussi des douleurs musculaires à réflexes lié[e]s à la posture faussé[e] par la séquelle de la fracture vertébrale.

Dans ce contexte, et en l'absence de signe médullaire ou radiculaire au status nous avons discuté la possibilité d'une infiltration péri articulaire, éventuellement péri-durale selon l'évaluation du Dr. U. \_\_\_\_\_, qui pourra avoir lieu prochainement, sous forme de test, chez une patiente qui continue à souffrir.

A mon avis, à ce stade, il n'y a aucune indication chirurgicale, d'une intervention qui risque d'augmenter au contraire les douleurs rachidiennes. »

Le 12 mars 2014, l'intimé a maintenu ses conclusions et a produit un avis médical SMR du 5 mars 2014, dans lequel les Drs V. \_\_\_\_\_ et Y. \_\_\_\_\_ ont indiqué ce qui suit :

« Rappelons qu'il s'agit d'une traductrice indépendante de 46 ans se plaignant de dorsalgies chroniques dans le contexte d'une chute à cheval dont elle a été victime le 25.07.2010. Dans son rapport de consultation du 13.10.2011 le Pr D. \_\_\_\_\_ médecin chef du Centre Z. \_\_\_\_\_ de l'Hôpital B. \_\_\_\_\_ a retenu une douleur d'origine neuropathique. Au vu de l'importante médication antalgique (Neurontin ; Tramadol) pouvant engendrer des effets secondaires nous avons reconnu une diminution du rendement de 20 % de la CT totale dans l'activité habituelle (cf avis médical SMR du 13.11.2012).

Dans le cadre d'un recours l'assurée fournit les pièces médicales suivantes :

**Un rapport d'IRM cervico-dorsale** du 23.12.2013 adressé au Dr O. \_\_\_\_\_ signé par le Dr U. \_\_\_\_\_ radiologue. Ce spécialiste mentionne une ancienne fracture tassement, consolidée avec cunéiformisation antérieure et perte d'environ de 25 % du mur antérieur sans oedème résiduel. Pas [de] lésion médullaire ni compression extrinsèque. L'examen objective des altérations dégénératives modérées cervicales prédominant en C5-C6 avec protrusion postérolatérale et foraminale D. Un éventuel conflit sur la racine C6 ne peut être écarté.

**Un rapport de consultation** daté du 06.02.2014 du Dr O. \_\_\_\_\_ neurologue. Ce spécialiste mentionne que l'IRM montre une cunéiformisation antérieure de D7 sans autre explication par rapport à sa douleur locale. Les discopathies présentes sont à niveau cervical, sans corrélation avec la symptomatologie actuelle. Ce médecin atteste que l'assurée présente des douleurs musculaires à r[é]flexes lié[e]s à la posture faussé[e].

Cette assurée présente donc des dorsalgies chroniques dans le contexte d'une chute à cheval survenue le 27.07.2010.

L'IRM du 23.12.2013 n'apporte pas d'élément nouveau ou de lésion pouvant être corrélée avec les symptômes décrits par l'assurée. La perte de hauteur du mur postérieur était déjà décrite lors de l'IRM dorsale du 02.05.2011 (cf rapport Dr K. \_\_\_\_\_ radiologue). L'absence d'oedème médullaire écarte l'hypothèse d'une lésion récente ou d'une aggravation de celle-ci.

L'origine des douleurs est de type neuropathique comme retenu par le Pr D. \_\_\_\_\_ en octobre 2011. En l'absence d'élément médical nouveau nous confirmons une CT totale dans l'activité habituelle avec diminution du rendement de 20 % en raison des effets secondaires du traitement antalgique comme attesté dans notre avis SMR du 13.11.2012. »

Dans son écriture du 15 mars 2014, la recourante a soutenu qu'au vu de ces deux rapports du Dr O. \_\_\_\_\_, il apparaissait clairement qu'elle était victime d'une atteinte sérieuse et invalidante à sa santé, et qu'une investigation complète et pluridisciplinaire serait mieux à même de déterminer son statut médical exact.

Le 31 mars 2014, l'intimé a indiqué que les deux rapports du Dr O.\_\_\_\_\_ ne modifiaient pas ses conclusions.

Les 5 et 6 juin 2014, la recourante, par l'intermédiaire de son avocat, a maintenu ses conclusions. Dans son écriture du 6 juin 2014, elle fait valoir notamment que l'impact réel des douleurs neuropathiques et des médicaments utilisés sur la capacité de travail, ainsi que sur les activités de la vie quotidienne, n'a pas été évalué spécifiquement de cas en cas. Elle a produit un travail de Bachelor rédigé par L.L.\_\_\_\_\_, intitulé [...], et a requis l'audition du Dr J.\_\_\_\_\_, ainsi qu'un délai supplémentaire pour produire le rapport d'une expertise extrajudiciaire en cours à l'[...]. Son conseil, Me B.B.\_\_\_\_\_, a en outre déposé les « déterminations complémentaires » qu'elle avait rédigées personnellement.

Le 1<sup>er</sup> juillet 2014, l'intimé a confirmé ses conclusions et a produit un avis médical SMR du 23 juin 2014, dans lequel les Drs V.\_\_\_\_\_ et Y.\_\_\_\_\_ ont indiqué notamment ce qui suit :

« Dans le cadre du recours actuel l'assurée avance un travail de bachelor daté du 05.07.2010 effectué par Mme L.L.\_\_\_\_\_ étudiante à la Haute école de santé de [...]. Dans ce travail intitulé [...] l'autrice décrit les répercussions psychologiques, neurologiques et la diminution de la qualité de vie que ces personnes peuvent avoir.

Notre assurée bien que souffrant de douleurs neuropathiques, ne présente pas de lésion médullaire (cf rapport du Dr O.\_\_\_\_\_ neurologue du 09.12.2013). L'ouvrage effectué par un non[-]médecin et en l'absence d'atteinte médullaire ou neurologique, ne nous permet pas d'amener d'élément médical nouveau. La qualité de vie n'est pas une atteinte à la santé incapacitante.

L'assurée affirme que la diminution de rendement attestée de 20 % par le SMR dans l'avis du 15.08.2012 en raison de l'importante médication (Neurontin, Tramal) est purement empirique sans évaluation empirique. La médication a des effets sur la CT (cf page 2 du courrier du 06.06.2014 de Me B.B.\_\_\_\_\_) « notamment sur les capacités cognitives » de la recourante mais n'avance aucun examen médical complémentaire neuropsychologique pour étayer les faits. Dans le rapport du 09.12.2013, le Dr O.\_\_\_\_\_ mentionne que l'assurée présente « **quelques** troubles de la concentration » sans signe de dysfonction cérébrale. Ce spécialiste n'a pas jugé nécessaire [d']effectuer des examens neuropsychologique[s] et de

réduire [de] quelque peu les doses de tramadol donné [à] doses très élevées actuellement.

Les observations du Dr O. \_\_\_\_\_ confirment la **discrète** diminution de la concentration secondaire à la médication. En l'absence d'autres éléments de gravité, nous confirmons la baisse de rendement de l'ordre de 20 % comme retenu dans notre avis du 15.08.2012. »

La recourante s'est déterminée le 17 octobre 2014 sur ce rapport par l'intermédiaire de son conseil et directement, Me B.B. \_\_\_\_\_ ayant déposé des déterminations rédigées par sa cliente. Elle fait valoir en substance que l'intimé n'a pas instruit le dossier, en violation de l'art. 43 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1). Elle allègue à nouveau souffrir d'importantes douleurs, ainsi que de fibromyalgie. Elle soutient en outre que la médication lourde qu'elle doit prendre a un effet de sédation important, ce qui est confirmé par le Dr T. \_\_\_\_\_, et qu'un examen plus poussé est nécessaire, dès lors qu'il est notoire qu'une médication donnée a des effets notablement différents sur chaque individu. Elle ajoute qu'une analyse plus fine de sa baisse de rendement doit être ordonnée et que l'intimé devra indiquer quelle est l'activité adaptée que l'on peut raisonnablement exiger d'elle.

A l'appui de cette écriture, la recourante a produit notamment les pièces suivantes :

- un rapport établi le 2 avril 2014 par le Dr C.C. \_\_\_\_\_, chef de clinique, chirurgie du rachis, à la Clinique Z. \_\_\_\_\_ ;
- un rapport du 29 juillet 2014 du Dr D.D. \_\_\_\_\_, médecin-chef, neurologie, à la Clinique Z. \_\_\_\_\_ ;
- un rapport dressé le 16 septembre 2014 par la Dresse F.F. \_\_\_\_\_, radiologue auprès de la Clinique M. \_\_\_\_\_.

A la demande de l'intimé, ces rapports, rédigés en allemand, ont été traduits le 2 décembre 2014 par la Dresse G.G. \_\_\_\_\_ comme il suit :

« **Les documents**

**1. Scintigraphie 3 phases du squelette et SPECT-CT du 15.09.2014, CT-scan du rachis et des articulations sacro-iliaques du 16.09.2014 (Dre F.F. \_\_\_\_\_, radiologue, Clinique M. \_\_\_\_\_) :**

Status après ostéosynthèse par plaque de la clavicule droite en position correcte. Status après fracture en série des côtes 3-7 dorsales à D consolidée en minime position vicieuse. Pas de signes de pseudarthrose. Légère ostéochondrose C4-C7 avec un début d'uncarthrose C5-C6. Discrète diminution du mur antérieur D7. Légère scoliose dextro-convexe cervico-dorsale et sinistro-convexe dorso-lombaire. Arthrose discrètement activée des articulations costo-transversales D7 et D8 à droite. Léger élargissement pleural à ce niveau. Chondrose tout au plus légère de la colonne lombaire. Légère arthrose des articulations sacro-iliaques. Signes d'une arthrose débutante au niveau de l'articulation métatarso-phalangéenne I à droite et fémoro-patellaire à droite (suspicion d'une petite lésion ostéo-chondrale de la trochlée fémorale interne).

**2. Consultation du 1.04.2014, Dr C.C. \_\_\_\_\_, chef de clinique, chirurgie du rachis à la Clinique Z. \_\_\_\_\_) :**

Diagnostic : syndrome douloureux chronique complexe dorsal et dorso-spondylogène dans le contexte de

- Status après chute d[e]cheval (25.07.2010) avec
- Minime fracture-tassement du plateau supérieur D7
- Fractures des côtes en série droite, consolidée[s]
- Fracture de la clavicule D

Anamnèse : Mme G. \_\_\_\_\_ vient me consulter pour un troisième avis concernant ses douleurs persistantes et complexes dorsales et spinales existant depuis une chute d[e] cheval en 2010. Une évaluation neurologique par le Dr H. \_\_\_\_\_ à Lausanne ne pouvait pas trouver la cause pour ses douleurs extrêmement fortes. Elle prend actuellement du Calcimagon 3D, Dafalgan, Neurodol patch, Neurontin, Saroten, Spedifen, Tramadol. Elle porte un corset rigide (3-points).

Status clinique : patiente très svelte, en état général diminué, se déplace d'une façon symétrique mais très lentement. La mobilisation de la colonne lombaire provoque des douleurs dorsales dans toutes les directions. La musculature para-vertébrale est globalement très faible. Douleurs diffuses à la palpation de tout le rachis dorsal. Status neurologique sans pathologie.

Conclusions : il s'agit d'un tableau douloureux complexe marqué presque 4 ans après une chute d[e] cheval. Les douleurs

alléguées par la patiente ne s'expliquent que insuffisamment par les fractures consolidées. Il paraît qu'il s'agit plutôt d'un tableau chronifié avec composante psychique dans le sens d'un trouble de l'assimilation de la douleur et un manque de mécanismes de coping. Je ne pense pas qu'une spondylodèse soit indiquée dans ce cas. La première thérapie serait plutôt une prise en charge globale (réa stationnaire) avec reconditionnement musculaire et thérapie comportementale.

**3. Consultation du 29.07.2014 Dr D.D. \_\_\_\_\_, médecin-chef adjoint, neurologie, Clinique Z. \_\_\_\_\_**

La patiente me consulte pour l'évaluation d'un problème douloureux spinal. En plus elle me demande une assistance médico-légale dans le contexte d'un litige asséculogique, ce que je refuse d'emblée.

Diagnostic : status post-chute d[e] cheval en juillet 2010 avec

- Fracture de la clavicule D (ostéosynthésée), fractures en série des côtes à D et fracture-tassement du plateau supérieur D possible
- Syndrome douloureux s'étendant au niveau dorsal, cervical inférieur et lombaire supérieur, chronifié
- Éléments d'un syndrome douloureux de type fibromyalgie

Anamnèse : suite à une chute d[e] cheval avec réception sur le côté D fortes douleurs [à] caractère brûlant au niveau de l'arc costal D avec irritation vers le ventre, puis vers la colonne cervicale et lombaire, « c'est comme si un nerf était coincé ».

Prend 600 mg Tramal/j, Saroten 50-100 mg le soir, Lyrica 150/j, Neurodol patch, Spedifen 1-1-1, Paracetamol 1 g/j. Physiothérapie sans effet positif.

Status clinique : motricité, trophicité et sensoriel sans particularité. Pas de parésie. Sensibilité au toucher et à la douleur un peu diminuée au niveau de la clavicule D, composante d'allodynie (= douleur par un stimulus non douloureux). Réflexes ostéo-tendineux généralement plutôt faibles, Babinsky et Lasègue négatifs. Se déplace de façon normale. Douleurs marquées à la palpation du rachis dorsal entier et de la colonne lombaire ainsi que cervical[e] distale. Myogéloses marquées en para-thoracal D. Triggerpoints positifs en faveur d'une fibromyalgie.

Appréciation : basé sur le status clinique et l'imagerie à disposition je ne pense pas qu'une affection neurologique soit la cause de ce syndrome douloureux chronifié et étendu, les seuls éléments pathologiques étant les myogéloses au niveau de la colonne dorsale, plus marquées à D. Néanmoins, j'ai prévu un CT-SPECT pour ne pas passer à côté d'une maladie systémique ou de structures cibles pour une thérapie par infiltrations. Nous discuterons la situation ainsi que des options thérapeutiques après réception de ces informations complémentaires. »

La Dresse G.G. \_\_\_\_\_ a en outre exposé ce qui suit concernant ces rapports :

« **Appréciation personnelle des documents**

Les médecins examinateurs constatent en (quasi-) unanimité que

- Il n'y a pas de lésions pathologiques objectivables radiologiques ou cliniques pouvant expliquer les douleurs décrites par l'assurée. Le neurologue retient donc un syndrome douloureux étendu avec des éléments de fibromyalgie.
- On ne trouve que des modifications dégénératives débutantes à légères cervicales, des articulations costo-transversales D7-8 à droite et des articulations sacro-iliaques ddc, fémoro-patellaire et métatarso-phalangéennes à droite. Il n'y a pas de trouble statique significatif du rachis. L'altération pleurale n'a pas d'importance, elle s'est probablement formée dans le contexte des fractures costales droites.
- Le status neurologique est dans les limites de la norme si on fait abstraction des composantes d'allodynie (= douleur provoquée par un stimulus non douloureux) au niveau de l'abdomen à D et des réflexes ostéo-tendineux globalement faibles, sans signes radiculaires cervicales ou lombaires ni myélopathiques. Il y a des myogéloses para-thoracales à droite et des points douloureux typiques de la fibrom[y]algie.
- L'examen du chirurgien du rachis conclu[t] à un tableau clinique de douleurs chronifiées avec trouble douloureux et des mécanismes insuffisants de coping (= ensemble des techniques personnelles utilisées pour lutter contre le stress) ainsi que des composantes psycho-social[es].
- Leurs propositions tendent vers une thérapie conservatrice et active (ablation du corset, reconditionnement physique musculaire et globale). Il n'y a pas d'indication opératoire.
- Les médecins consultés ne se prononcent pas quant à la capacité de travail.

Sur la base de ces documents je pense qu'il s'agit là effectivement d'un syndrome douloureux dans les suites d'un polytraumatisme en 2010, sans qu'on puisse objectiver des lésions structurelles susceptibles d'expliquer les plaintes alléguées par Mme G. \_\_\_\_\_. »

Dans son écriture du 9 décembre 2014 - à laquelle la traduction et l'appréciation de la Dresse G.G. \_\_\_\_\_ étaient jointes -, l'intimé s'est rallié aux conclusions de ce médecin. Il relève en outre que tous les traitements susceptibles de pallier les problématiques de santé de la recourante n'ont guère été entrepris et que, d'ailleurs, les spécialistes qu'elle a consultés recommandent notamment une thérapie conservatrice et active tendant à la suppression du corset dont il est fait usage et au reconditionnement physique musculaire, mais qu'aucun d'eux ne

préconise une indication opératoire. L'intimé souligne également qu'il n'a pas été fait mention d'une atteinte sur le plan psychiatrique chez la recourante, laquelle ne semble pas être suivie par un spécialiste dans le domaine. Il note en outre qu'aucun des médecins interrogés par l'assurée ne se prononce sur la capacité de travail de celle-ci, élément fondamental dans le cadre de l'évaluation du préjudice économique subi. L'intimé rappelle que l'activité exercée par la recourante constitue un poste adapté à son état de santé, dans la mesure où elle peut l'organiser de la manière qui lui semble la plus confortable compte tenu de ses atteintes à la santé.

Le 14 janvier 2015, Me B.B.\_\_\_\_\_ a déposé des déterminations, ainsi que celles rédigées par la recourante, et a maintenu la requête en complément d'instruction sur le plan psychique. La recourante fait valoir qu'elle a bien entrepris une démarche en vue de se soigner sur le plan psychiatrique, puisqu'elle a consulté la psychologue I.\_\_\_\_\_, et que ce problème a été reconnu par le Dr C.C.\_\_\_\_\_, qui a mentionné une maladie chronifiée avec une composante psychique. Elle rappelle en outre que, contrairement à ce que soutient l'intimé, un médecin s'est prononcé sur sa capacité de travail, à savoir le Dr T.\_\_\_\_\_. Elle mentionne enfin qu'elle souffre d'une pneumonie et d'une inflammation au poumon droit.

Le 3 février 2015, l'intimé a confirmé ses conclusions.

La recourante, agissant personnellement, a déposé une écriture datée du 19 février 2015, réceptionnée par la Cour de céans le 27 février 2015.

Par décision du 11 mars 2015, le juge instructeur a relevé Me B.B.\_\_\_\_\_, sur requête de celui-ci, de sa mission de conseil d'office de la recourante. L'indemnité de Me B.B.\_\_\_\_\_ a été fixée par prononcé séparé. Désigné à sa place, Me J.J.\_\_\_\_\_ a été par la suite relevé, à sa demande, de cette mission et remplacé par Me K.K.\_\_\_\_\_, par décision du magistrat précité du 21 avril 2015.

Par correspondance du 28 mai 2015, le juge instructeur a informé les parties que les compléments d'instruction requis par la recourante étaient rejetés, de même que la demande d'audition par la Cour formulée par l'assurée.

Interpellée dans ce même courrier sur sa requête tendant à la tenue de débats publics, la recourante l'a retirée par lettre du 11 juin 2015.

La recourante a en outre fait parvenir au juge instructeur deux courriers, rédigés par elle et datés des 14 et 25 juin 2015. Dans cette dernière lettre, elle a demandé la désignation d'un nouveau conseil d'office.

Par décision du 2 juillet 2015, le juge instructeur a relevé Me K.K. \_\_\_\_\_ de sa mission de conseil d'office de la recourante, sur requête de cette avocate du 25 juin 2015. Par prononcé séparé du même jour, l'indemnité de Me K.K. \_\_\_\_\_ a été fixée pour la période du 24 avril au 25 juin 2015.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices de l'assurance-invalidité cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. 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)** Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

**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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et les références citées ; cf. également TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 2 et 9C\_197/2007 du 27 mars 2008 consid. 1.2).

En l'espèce, la question à examiner est celle du droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

**b)** Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales examine la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, devant en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 131 V 242 consid. 2.1, 121 V 362 consid. 1b et les références citées ; TF 9C\_348/2014 du 16 octobre 2014 consid. 4.2).

**3.** 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 et 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 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à 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.

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

**4.** 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 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). 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. 3c, 105 V 156 consid. 1; 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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 ; TF 9C\_514/2011 du 26 avril 2012 consid. 4.2, 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1, 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). 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. 3b/cc et les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis du médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut

également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant, selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

**5. a)** En l'espèce, sur le plan somatique, les Drs L.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ ont posé, le 3 août 2010, les diagnostics de fracture du tiers moyen/tiers distal de la clavicule droite, comminutive, raccourcie, ainsi que de fractures du corps de l'omoplate à droite et de l'arcade postérieure des 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> côtes à droite. Le 25 novembre 2010, le Dr M.\_\_\_\_\_ a en outre retenu les diagnostics de fractures des arcs postérieurs des 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> côtes droites et de fractures des arcs moyens des 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup>, 6<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> côtes droites, ces fractures étant en voie de consolidation avec un cal osseux. Il a en outre constaté que la fracture claviculaire droite était ostéosynthésée et que la fracture du corps scapulaire droit était consolidée avec un cal osseux. Devant la persistance des douleurs à l'hémi-thorax droit, non améliorées par les différents traitements médicamenteux et les séances de physiothérapie, il a préconisé, le 23 décembre 2010, une cure balnéaire d'une ou deux semaines dans un centre antalgique adapté. Il n'a pas retenu d'incapacité de travail. Le 23 mars 2011, le Dr C.\_\_\_\_\_ a relevé une minime cunéiformisation antérieure de D7 avec une perte de hauteur D6-D7. Le 2 mai 2011, le Dr K.\_\_\_\_\_ a également conclu à une minime cunéiformisation du corps de D7, sans tassement récent, notant en outre de discrètes discopathies aux deux derniers niveaux lombaires. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ a pour sa part exposé le 11 mai 2011 qu'il avait suivi ambulatoirement la courante du 14 janvier au 10 mai 2011, date du dernier contrôle. Sa patiente annonçait de fortes douleurs et la nature du traitement actuel était antalgique. Ce médecin a en outre mentionné que le pronostic était bon et a estimé que la capacité de travail exigible était entière, sans baisse de rendement. Il n'a pas retenu de limitations fonctionnelles. Le 31 mai 2011, le Dr H.\_\_\_\_\_ a également posé le diagnostic de minime cunéiformisation du corps de D7 sans tassement

récent, de probable fracture des côtes 3 à 7 à droite et d'une contusion de l'épaule inférieure à gauche. Il a expliqué qu'il n'y avait pas de problème classiquement neurologique, et qu'il avait essayé de corriger les mauvaises informations de la recourante et de rassurer celle-ci, qui craignait toujours que toutes les atteintes de son accident n'aient pas été reconnues. Il a estimé qu'il était important d'introduire un traitement par anti-douleur/antidépresseur tricyclique, pour éviter une chronification de la douleur au niveau central, et qu'une physiothérapie pour le rachis était indiquée. Dans son rapport subséquent du 6 juin 2011, le Dr H.\_\_\_\_\_ a souligné que, contrairement aux déclarations de la recourante, l'IRM effectuée avait montré uniquement une minime cunéiformisation de D7 sans tassement. Sous chiffre 1.7 de ce document, il s'est limité à mentionner les plaintes de la recourante. Le Dr H.\_\_\_\_\_, qui n'a pas constaté de problème sur le plan neurologique, a préconisé un traitement, sans retenir d'incapacité de travail. Il a certes indiqué que le rendement pouvait être réduit, mais seulement au début et pour tenir compte de la nécessité pour la recourante de se lever régulièrement pour bouger. Il a d'ailleurs bien précisé que l'activité habituelle de l'assurée était adaptée et qu'il n'y avait dès lors pas d'indication pour une réadaptation professionnelle. Le 3 février 2012, le Dr N.\_\_\_\_\_ a également constaté l'existence d'une cunéiformisation du corps vertébral de D7 relativement minime, sans instabilité et sans recul du mur postérieur. Il était selon lui fort possible que cette anomalie traumatique soit responsable d'une partie des douleurs de l'intéressée, mais il n'y avait, dans l'immédiat, pas d'indication particulière. A l'instar du Dr H.\_\_\_\_\_, le Dr N.\_\_\_\_\_ a observé qu'hormis les éléments douloureux, l'examen neurologique était strictement normal. S'agissant des douleurs de la recourante, le Prof. D.\_\_\_\_\_, qui a posé les mêmes diagnostics, a estimé, le 25 mai 2012, qu'elles étaient effectivement de nature principalement neuropathique - confirmant ainsi son appréciation du 13 octobre 2011 - et que l'évolution était le plus souvent favorable, même si les symptômes pouvaient persister plusieurs années. En ce qui concerne le port de charges, il a noté qu'il était contre-indiqué, dans la mesure où il accentuait les douleurs, mais qu'il n'y avait pas d'éléments somatiques qui exposeraient la recourante à des complications. Cliniquement, il a

constaté, le 13 octobre 2011, que la compression thoracique ne permettait pas de reproduire les symptômes, ce qui parlait contre une origine mécanique, de même que le scanner thoracique du 16 septembre 2011 qui confirmait une consolidation de toutes les fractures. Il n'a retenu aucune procédure interventionnelle, ni fait état d'une incapacité de travail. Le 12 janvier 2012, le Dr T. \_\_\_\_\_ a estimé que le pronostic était bon et précisé que le traitement était antalgique, mentionnant uniquement les limitations fonctionnelles évoquées par sa patiente et non celles qu'il aurait lui-même constatées. Certes, il a par la suite attesté, le 9 juillet 2013, une incapacité de travail totale, sans fournir d'explication. Cette affirmation, non documentée, ne saurait en conséquence être retenue. Quant à la médication antalgique prise par la recourante, les Drs P. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ du SMR en ont tenu compte, puisqu'ils ont estimé, le 15 août 2012, que la concentration de l'assurée pouvait être légèrement altérée et entraîner une petite baisse de rendement évaluée à 20 % au maximum dans l'activité habituelle. Après examen de l'IRM dorsale effectuée le 4 septembre 2012, le Dr N. \_\_\_\_\_ a indiqué, le 15 octobre 2012, que celle-ci confirmait l'existence d'une atteinte traumatique de la vertèbre T7, vraisemblablement ancienne et correspondant à la chute survenue deux ans auparavant. Il a estimé fort possible que, sur un terrain de maladie de Scheuermann déjà ancien, le traumatisme causé par la chute de cheval ait majoré la situation. Il n'a toutefois pas constaté de mise en cyphose, de perte significative de la hauteur de la vertèbre, de protrusion herniaire, ni de contrainte neurologique. Il n'a d'ailleurs pas retenu d'indication chirurgicale, étant d'avis qu'il fallait plutôt patienter et faire une physiothérapie régulière.

Ainsi, tous les médecins consultés s'accordent sur les diagnostics. Ils n'ont pas constaté d'affection sur le plan neurologique. S'ils ont certes fait état des douleurs rapportées par la recourante, ils ont tous préconisé un traitement antalgique ou de physiothérapie, mais aucun traitement interventionnel. En outre, aucun d'entre eux n'a admis d'incapacité de travail, à l'exception du Dr T. \_\_\_\_\_ dont l'estimation ne peut toutefois pas être retenue, pour les motifs exposés ci-avant.

En procédure de recours, la recourante a encore produit plusieurs rapports médicaux, qui ne permettent cependant pas de mettre en doute les conclusions évoquées ci-dessus. En effet, aucun des médecins concernés n'a attesté d'incapacité de travail. Le 6 février 2014, le Dr O.\_\_\_\_\_ a relevé l'absence de signe médullaire ou radiculaire au status et, selon l'IRM qu'il avait prescrite, l'existence d'une cunéiformisation antérieure de D7 avec perte de hauteur du mur antérieur d'environ 25 %, ce qui avait déjà été constaté lors des examens précédents. Ce praticien a ajouté qu'il n'y avait pas de compression radiculaire, ni de sténose canalaire ou des trous de conjugaison, et que les seules discopathies présentes se situaient au niveau cervical, mais sans corrélation avec la symptomatologie actuelle. Il a uniquement noté des douleurs musculaires à réflexes, liées à la posture faussée par la séquelle de la fracture vertébrale, sans signaler d'importants troubles de la concentration ni retenir d'incapacité de travail. Les examens effectués par les Drs R.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ n'ont pas apporté d'éléments nouveaux, le premier ayant conclu le 27 mai 2013 à une discrète déformation de D7 ouvrant le diagnostic différentiel entre des séquelles d'une ostéochondromatose pluri-étagée ou post-fracture-tassement, et la seconde le 30 mai 2013 à des aspects compatibles avec un status après tassement du corps de D7, sans bombement intra-canalair du mur postérieur ni lésion de l'arc postérieur, ainsi qu'à des discopathies des vertèbres D6-D7 et D7-D8. Il en va de même de l'avis exprimé le 8 juin 2013 par le Dr E.\_\_\_\_\_, qui n'a pas mentionné de nouveau diagnostic et a préconisé la mise en œuvre d'une expertise.

Quant au Dr C.C.\_\_\_\_\_, il a posé les mêmes diagnostics le 2 avril 2014, ainsi que celui de syndrome douloureux chronique complexe dorsal et dorso-spondylogène, en recommandant une prise en charge globale avec reconditionnement musculaire et thérapie comportementale. Il n'a pas retenu d'incapacité de travail. Il en va de même s'agissant du Dr D.D.\_\_\_\_\_, qui a également retenu le diagnostic de syndrome douloureux s'étendant au niveau dorsal, cervical inférieur et lombaire supérieur, chronifié, ainsi que d'éléments d'un syndrome douloureux de type fibromyalgie.

C'est toutefois près de deux ans après que la décision litigieuse a été rendue que ce diagnostic a été posé. Si tel était le cas, il ne saurait dès lors en être tenu compte dans la présente procédure. Il en va de même des douleurs trigéminales dont la recourante déclare souffrir depuis février 2013, ainsi que des pathologies dont elle se plaint au poumon droit et qu'elle invoque postérieurement à la décision attaquée. Le 6 juin 2014, la recourante avait annoncé vouloir produire le rapport d'une expertise extrajudiciaire qu'elle déclarait alors être en cours. Elle a certes déposé de nombreux rapports médicaux après cette date, mais pas celui-ci. Peu importe toutefois, un tel rapport apparaissant inutile au vu de l'importante documentation médicale figurant déjà au dossier.

On relèvera au surplus que rien n'indique que la recourante ait suivi l'un ou l'autre des traitements préconisés par les médecins qu'elle a consultés.

Ainsi, sur le plan somatique, aucune incapacité de travail n'est établie. Avec les médecins du SMR, il faut considérer qu'une baisse de rendement de 20 % peut tout au plus être retenue, pour tenir compte des effets du traitement antalgique.

**b)** Sur le plan psychique, il n'y a au dossier aucun diagnostic étayé par un spécialiste.

Certes, après que la décision entreprise a été rendue, la psychologue I.\_\_\_\_\_ a indiqué avoir vu la recourante une fois le 19 novembre 2013 pour une première consultation et l'avoir adressée à un médecin psychiatre, étant d'avis que sa situation méritait une évaluation approfondie. Alors que la recourante avait annoncé vouloir consulter un tel praticien et produire un rapport établi par celui-ci, elle ne démontre pas qu'une telle consultation aurait eu lieu, ni qu'elle serait suivie par un spécialiste en psychiatrie. Elle se limite, dans ses dernières écritures, à rappeler avoir vu la psychologue I.\_\_\_\_\_ et à demander un complément d'instruction sur le plan psychique.

**c)** Il résulte des éléments développés ci-dessus que c'est à juste titre que l'intimé a retenu, dès le 14 janvier 2011, une capacité de travail entière, avec une baisse de rendement de 20 %, dans l'activité habituelle de traductrice de la recourante, qui est adaptée. Il s'agit en effet d'une activité légère, que l'intéressée, en sa qualité d'indépendante, a en outre la possibilité d'aménager.

**6.** Sur le plan économique, la recourante peut reprendre son activité habituelle dans la mesure évoquée ci-avant, son degré d'invalidité se confondant ainsi avec son taux d'incapacité de travail. Cette reprise pouvant avoir lieu quelques mois après son accident, l'assurée n'a pas non plus droit à des mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 ss LAI.

**7.** Au vu de ce qui précède, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Les requêtes en complément d'instruction de la recourante doivent dès lors être rejetées. Il en va de même de celle tendant à son audition lors d'une audience, l'intéressée ayant eu l'occasion de s'exprimer à de multiples reprises en cours de procédure. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3, 130 II 425 consid. 2.1 ; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1)

**8. a)** En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

**b/aa)** Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (cf. art. 61 let. g LPGA).

**bb)** Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante,

qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que l'intéressée est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser ce montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable 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 ; RSV 211.02.3]).

**cc)** La recourante a également bénéficié de l'assistance d'un conseil d'office. Toutefois, les quatre avocats successivement désignés ont tous demandé à être relevés de leur mandat, le dernier le 25 juin 2015, requête admise selon prononcé du 2 juillet 2015. Dès lors qu'à cette date, la cause était en état d'être jugée, la désignation d'un cinquième avocat d'office, sollicitée par la recourante dans sa lettre du 25 juin 2015, apparaît inutile, raison pour laquelle il n'y sera pas procédé.

**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 19 décembre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Il n'est pas alloué de dépens.
- IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- V.** La 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,

tenue au remboursement des frais judiciaires et des indemnités des conseils d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- G. \_\_\_\_\_,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :