

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 avril 2017

Composition : Mme PASCHE, présidente
MM. Berthoud et Riesen, juges assesseurs
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

P. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4, 6, 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; art. 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], en Suisse depuis 1989, titulaire d'un permis C, est mariée et mère de deux enfants nés en [...] et [...]. Sans formation, elle a travaillé depuis août 2000 comme ouvrière en [...] auprès de V._____ (ci-après : l'employeur). Le 4 février 2005, elle a glissé et s'est tordue la cheville gauche en sortant de sa baignoire. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : CNA), qui a versé des indemnités journalières à 100% du 7 février au 6 mars 2005, puis à 50% du 11 au 20 mars 2005. Selon les déclarations de l'assurée du 13 mars 2013 à un inspecteur de la CNA, depuis 2005, sa cheville ne l'a jamais laissée tranquille.

Selon les documents au dossier d'U._____, assurance d'indemnité journalière collective, en particulier le rapport du 2 avril 2012 du Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, l'assurée avait totalement cessé son activité le 2 mars 2012. Le 3 avril 2012, le Dr L._____ a fait savoir à U._____ que sa patiente présentait une ostéochondrite supéro-interne de l'astragale avec un important œdème osseux et une chondropathie à gauche ; l'incapacité de travail avait été totale dès le 29 février 2012.

Le 18 février 2013, le Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait savoir à la CNA, à qui l'employeur de l'assurée avait signalé une rechute de l'événement de 2005 le 28 décembre 2012, que la patiente lui avait été adressée le 25 octobre 2012 par le Dr L._____ à la suite de douleurs invalidantes au niveau de la cheville gauche. Il a posé le diagnostic de status après arthrotomie de l'articulation tibio-talienne gauche et forage d'une lésion ostéochondrale du talus postéro-interne gauche le 6 février 2013.

L'assurée a déposé le 11 juillet 2013 une demande de prestations AI (assurance-invalidité), en faisant état d'une incapacité totale de travail à compter du 29 février 2012.

Le 25 juillet 2013, l'employeur a fait savoir à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) que l'assurée avait travaillé pour son compte du 30 août 2000 au 31 décembre 2012. En 2013, sans atteinte à la santé, elle aurait perçu un salaire mensuel de 3'293 fr., servi treize fois l'an.

Le 30 juillet 2013, le Dr X._____ a diagnostiqué une lésion ostéochondrale du talus postéro-interne gauche avec forage antérograde effectué le 6 février 2013 ambulatoirement. Au dernier contrôle du 2 juillet 2013, la cicatrice tibio-talienne gauche antéro-médiale était légèrement élargie mais tout à fait calme. La patiente présentait une limitation fonctionnelle de la cheville gauche avec un périmètre de marche limité à 20 minutes. L'incapacité de travail demeurait totale depuis la 1^{ère} consultation du 25 octobre 2012, jusqu'à actuellement.

Le 23 septembre 2013, le Dr Z._____, médecin traitant depuis 1996, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de lésion ostéo-chondrale du talon gauche, et ceux sans incidence sur la capacité de travail de haute tension artérielle et d'hypercholestérolémie traitées. Il a renvoyé aux Drs L._____ et X._____ s'agissant de la capacité de travail.

U._____ a sollicité la mise en œuvre d'une expertise, qui a été confiée au Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce dernier a examiné l'assurée le 7 octobre 2013. Il a rédigé son rapport le 6 novembre 2013, et retenu, sans effet sur la capacité de travail, le diagnostic de lésion ostéochondrale du talus gauche traitée par chirurgie le 6 février 2013. Lors de son examen, le Dr C._____ a constaté que l'assurée s'était levée à plusieurs reprises de sa chaise et avait marché normalement sans difficulté ; elle marchait sans canne avec une discrète boiterie. La cicatrice au niveau de

la cheville était calme, mais légèrement inflammatoire. Dans le cadre de son examen, l'expert a demandé un bilan radiographique des deux chevilles, incidence de face, profil et $\frac{3}{4}$. La surface articulaire de l'astragale [réd. : à gauche] présentait un aspect irrégulier et il existait un pincement tibio-astragalien évocateur d'une arthrose, et un aspect un peu remanié de l'angle supéro-externe de l'astragale. A droite, l'aspect était normal. Le Dr C._____ a précisé qu'ostéochondrite et lésion ostéochondrale étaient des diagnostics semblables. Dans le cas de l'assurée, la pathologie intéressait l'os situé au niveau supéro-interne de l'astragale, retentissant sur le cartilage voisin, d'où le terme chondropathie. Le Dr C._____ a estimé que dès le 7 octobre 2013, la capacité de travail était de 100% dans l'activité habituelle. L'expert a encore relevé l'absence de points de fibromyalgie et de signes de Waddell. Il a en outre exclu d'autres diagnostics, compte tenu de l'absence de signes cliniques significatifs en lien avec le reste de l'examen. Le Dr C._____ a finalement fait la synthèse suivante du cas :

« **1. SYNTHÈSE**

a. Signes cliniques et paracliniques principaux

Actuellement, devant des plaintes douloureuses au niveau de la cheville gauche, notamment lors de l'étude des amplitudes des hanches (ce qui est cliniquement non explicable), les articulations tibio-tarsienne, sous-astragaliennne et médio-tarsienne présentent des amplitudes dans les normes. L'examen neurologique ne montre pas d'anomalie significative. A l'imagerie, il reste tout au plus un discret pincement tibio-astragalien.

Les examens d'imageries antérieures à la chirurgie du 6 février 2013 ont certes montré une petite image lacunaire à l'angle supéro-interne de l'astragale, témoignant d'une lésion ostéochondrale, mais sur la radiographie du 13 août 2013, il n'a pas été aisé de reconnaître la lésion. Sur la base de l'imagerie à disposition, une nouvelle lésion de l'angle supéro externe n'est pas validée : par contre il s'agit d'un aspect remanié et pincé de l'interligne tibio-astragalien orientant vers une arthrose tibio-astragaliennne à ses débuts.

Le reste de l'examen clinique est normal en dehors d'une minime diminution de l'inclinaison cervicale des deux côtés, toutefois sans troubles de la mobilité ou neurologiques.

Enfin, l'expert note des taches blanches cutanées diffuses qu'il convient de faire investiguer par le médecin traitant.

b. Etat actuel, interactions et évolution prévisible

L'évolution sur le plan anatomique est allée vers la guérison, laquelle peut être fixée au 7 octobre 2013, soit huit mois après l'intervention chirurgicale. Cependant, l'évolution sur le plan de la

symptomatologie douloureuse devrait aller vers une rémission difficile à prévoir, étant donné le contexte et la tendance à la majoration des plaintes. Nous avons vu que l'auto-questionnaire de la douleur confirme cette impression.

En effet, il est totalement discordant de retrouver à l'examen physique des douleurs diffuses, intéressant à la fois la cheville et le pied, avec parfois des irradiations à la cuisse, avec une lésion uniquement localisée à l'angle supéro-interne de l'astragale. Il en est de même lorsqu'à l'examen de la hanche, des douleurs sont relevées au niveau de la cheville incriminée. L'ensemble renvoie à une majoration des plaintes. »

Le Dr C._____ a encore relevé qu'en cas d'apparition dans le futur d'un enraidissement de l'articulation tibio-tarsienne en raison d'une arthrose tibio-astragalienne avérée, des limitations pourraient alors être existantes en particulier à la station debout prolongée.

Le 18 octobre 2013, le Dr F._____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'ouvrière en blanchisserie, mais entière dans une activité adaptée, en principe au moins depuis septembre 2013.

Le 4 juin 2014, à la demande du Dr X._____, en raison de douleurs persistantes post-forage antérograde d'une lésion ostéochondrale du dôme talien postéro-interne à gauche le 6 février 2013, l'assurée a été examinée à la consultation du Service d'orthopédie et traumatologie du S._____. Dans un rapport du 18 juin 2014, le Dr J._____, médecin chef, et le Dr W._____, chef de clinique adjoint, ont indiqué qu'ils entendaient effectuer une infiltration test de la cheville et proposer une prise en charge chirurgicale selon le résultat. Quant au status, ils ont constaté que l'assurée marchait avec une légère boiterie d'épargne du membre inférieur gauche, la mobilité flexion-extension étant conservée et la cicatrice calme.

Par projet de décision du 24 juin 2014, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit aux prestations AI, dans la mesure où elle conservait une capacité de travail entière dans une activité adaptée sans longs déplacements, sans marche en terrain accidenté et

sans station debout prolongée, et ce dès septembre 2013. Le revenu avec invalidité évalué sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS ; soit 48'429 fr. 30, compte tenu d'un abattement de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles et des années de service) étant supérieur au revenu sans invalidité (42'809 fr.), l'assurée ne subissait pas de perte de gain.

Le 26 août 2014, l'assurée, désormais représentée par Me Jean-Michel Duc, a présenté des objections au projet de décision.

Par avis médical du SMR du 2 septembre 2014, le Dr F. _____ a constaté qu'au vu du rapport du S. _____ du 18 juin 2014, la situation médicale n'était pas stabilisée, et qu'il convenait d'interpeller le Dr W. _____.

Selon une note au dossier du 20 janvier 2015, le Dr W. _____ n'avait vu qu'une fois l'assurée, le 4 juin 2014, et il n'y avait pas eu de nouveau rendez-vous depuis cette date.

A la requête de l'OAI, le Dr X. _____ a indiqué ce qui suit le 9 février 2015 :

« J'ai revu la patiente à une dernière reprise le 23.10.14.

J'ai effectué une infiltration test par cortico-stéroïde et anesthésiques locaux au niveau de l'articulation tibio-talienne gauche le 19.09.14.

La patiente décrit une amélioration de la symptomatologie algique pendant environ 48 heures puis une apparition des mêmes symptômes.

Le status clinique reste toujours superposable au précédent avec une mobilité tout compte fait physiologique de la cheville gauche mais des douleurs en fin de flexion et d'extension.

Au vu de la très bonne mobilité de la cheville gauche et des symptômes je crois qu'une arthrodèse de l'articulation tibio-talienne gauche n'est pas indiquée dans l'immédiat. Poursuite du traitement conservateur et à mon avis, il faudra insister pour adapter le poste de travail de la patiente. »

Par avis médical du 3 mars 2015, le Dr N. _____ du SMR a relevé que tant le Dr W. _____ que le Dr X. _____ et le Dr C. _____ étaient d'accord sur un examen de la cheville dans les normes. Il persistait

certes une douleur en fin de mouvement. Les limitations fonctionnelles (marche en terrain accidenté, longues marches, station debout) contre-indiquaient l'activité habituelle, mais une activité adaptée était possible à taux plein dès octobre 2013 dans une activité légère, en position assise. La situation était à considérer comme stabilisée, puisque le seul traitement avait été une infiltration et que le status était inchangé depuis octobre 2013. Le spécialiste du S. _____ n'avait en outre pas été revu.

Par décision du 5 mars 2015, l'OAI a confirmé son projet et refusé le droit aux prestations AI à l'assurée. Par courrier du même jour, il a précisé que le rapport du Dr W. _____ et celui du Dr X. _____ avaient été soumis au SMR, qui avait estimé que ces rapports venaient confirmer une situation médicale stabilisée depuis octobre 2013, ainsi que l'exigibilité retenue dans une activité adaptée (activité simple et répétitive dans le domaine industriel léger, par exemple ouvrière à l'établi, à l'usinage ou opératrice de production).

B. Par acte du 24 avril 2015, P. _____, toujours représentée par Me Duc, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2014, et subsidiairement à des mesures de réadaptation, et encore plus subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction. En substance, elle fait valoir qu'elle ne dispose pas d'une capacité de travail résiduelle vu l'importance de son état algique, les violentes douleurs en rapport avec ses atteintes de la cheville gauche, en particulier une algoneurodystrophie (Südeck), empêchant toute reprise d'activité. Afin toutefois de démontrer sa bonne volonté et son désir de retrouver une activité professionnelle, elle requiert la mise en œuvre de mesures de réadaptation. S'agissant plus spécifiquement du calcul auquel l'OAI a procédé, elle soutient qu'une parallélisation des revenus aurait dû être opérée, compte tenu de son salaire nettement inférieur aux salaires habituels de la branche, estimant que c'est un salaire de 50'708 fr. qui aurait dû être retenu sans invalidité en 2013, et non de 42'809 francs. Quant au revenu d'invalidité, elle soutient qu'un abattement maximum de 25% aurait dû être retenu, ce qui conduit

à retenir un salaire de 40'357 francs. Le taux d'invalidité serait alors supérieur à 20% et ouvrirait le droit à des mesures de réadaptation. Avec son recours, elle a produit le rapport du 18 juin 2014 des Drs J._____ et W._____ et celui du 9 février 2015 du Dr X._____ figurant déjà au dossier. A titre de mesures d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, son audition dans le cadre d'une audience publique et l'audition de témoins.

Dans sa réponse du 20 août 2015, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Le 2 octobre 2015, la recourante a encore fait valoir qu'il convenait de procéder à un complément d'instruction pour tenir compte de la jurisprudence du Tribunal fédéral concernant les troubles somatoformes et, de manière générale, toutes les affections sans substrat organique, dans la mesure où une partie de la problématique dont elle souffrait relevait de troubles algiques, estimant qu' « il se pourrait bien qu'une partie de la pathologie relève d'une affection sans substrat organique ». Elle a pour le surplus examiné les indicateurs relevant de la jurisprudence fédérale et requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, ou subsidiairement d'un complément d'expertise.

Le 20 octobre 2015, l'OAI a une nouvelle fois proposé le rejet du recours, en relevant qu'aucun intervenant médical n'avait posé de diagnostic de syndrome douloureux, si bien qu'il n'y avait pas lieu de donner satisfaction à la demande de la recourante.

C. Une audience de débats publics a eu lieu le 4 avril 2017, lors de laquelle la recourante et son conseil se sont exprimés. Me Duc a produit sa liste des opérations.

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 (cf. 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 – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile compte tenu des fêtes pascales (cf. art. 38 al. 4 let a LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

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 (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). 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 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution

de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'AI.

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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (cf. art. 6 LPGA).

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. c LAI).

L'assuré peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20% environ (cf. ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b).

4. a) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art 43 al.1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; cf. TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C_406/2012 du 6 juin 2013 consid. 2 et les références citées).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant.

Cependant, 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; cf. Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (cf. TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C_268/2011 précité loc. cit.; cf. également TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2).

c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA ; cf. ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165 ; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

d) Au cours des dernières années, la jurisprudence a plus particulièrement dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (cf. ATF 130 V 352 et 131 V 49).

Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a toutefois modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'AI en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.2 et la jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (cf. ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (cf. ATF 141 V 281 consid. 4 ss ; cf. consid. 3c/bb infra). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (cf. ATF 141 V 281 consid. 3.7).

aa) Pour pouvoir être retenu, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux doit être posé selon les règles de l'art par un médecin spécialiste de la discipline concernée, compte tenu en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et au regard des limitations fonctionnelles constatées (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1. à 2.1.2).

Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2). Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la

classification sont réalisées (cf. TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 avec les références citées).

bb) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

5. a) Sur le plan somatique, la recourante soutient qu'elle ne présente aucune capacité de travail résiduelle, compte tenu de l'importance de son état algique, les violentes douleurs qu'elle ressent au niveau de sa cheville gauche empêchant toute reprise d'activité.

A cet égard, il n'est pas contesté que la recourante présente une atteinte au niveau de la cheville gauche, sous forme de lésion ostéochondrale du talus gauche traitée par chirurgie le 6 février 2013 (cf. rapport du Dr C._____ du 6 novembre 2013). Dans son rapport d'expertise, le Dr C._____ a précisé que les diagnostics d'ostéochondrite, posé par le Dr L._____ le 3 avril 2012, et de lésion ostéochondrale, posé par le Dr X._____ le 30 juillet 2013 et par le Dr Z._____ le 23 septembre 2013, étaient semblables. Cela étant, lors de son examen du 7 octobre 2013, le Dr C._____ a constaté que l'assurée s'était levée à plusieurs reprises et avait marché sans difficulté, sans canne, avec une discrète boiterie. La cicatrice au niveau de la cheville gauche était certes légèrement inflammatoire, mais calme. L'expert a

demandé un bilan radiologique face, profil et $\frac{3}{4}$ des deux chevilles. La droite était d'aspect normal. A gauche, la surface articulaire de l'astragale présentait un aspect irrégulier et il existait un petit pincement tibio-astragalien évocateur d'une arthrose. Toutefois, à compter de la date de l'examen, soit dès le 7 octobre 2013, à savoir huit mois après l'intervention chirurgicale du 6 février 2013, l'expert a estimé que la capacité de travail était entière. En effet, l'étude des amplitudes des articulations tibio-tarsienne, sous-astragalienne et médio-tarsienne était normale ; l'examen neurologique ne montrait pas d'anomalie significative, et il restait tout au plus un discret pincement tibio-astragalien à l'imagerie. Quant au reste de l'examen clinique, il était normal.

L'appréciation du Dr C. _____ est partagée par les médecins qui ont ensuite examiné l'assurée. Le 18 octobre 2013, le Dr F. _____ du SMR a ainsi estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'ouvrière en blanchisserie, mais entière dans une activité adaptée.

Certes, les Drs J. _____ et W. _____ ont indiqué le 18 juin 2014 avoir reçu l'assurée le 4 juin 2014, qui se plaignait de douleurs persistantes post-forage antérograde d'une lésion ostéochondrale du dôme talien postéro-interne à gauche le 6 février 2013. Toutefois, interpellé par l'OAI, ils ont indiqué le 20 janvier 2015 qu'ils n'avaient vu l'assurée qu'en date du 4 juin 2014, et qu'il n'y avait plus eu de rendez-vous depuis cette date. Leurs observations lors de l'examen du 4 juin 2014 sont au demeurant similaires à celles faites par le Dr C. _____ (marche avec légère boiterie d'épargne, mobilité flexion-extension conservée, cicatrice calme). Quant au Dr X. _____, il a expliqué le 9 février 2015 que le status clinique restait toujours superposable au précédent, avec une mobilité « tout compte fait physiologique » de la cheville gauche, malgré des douleurs en fin de flexion et en extension. Pour ce médecin, une arthrodèse de l'articulation tibio-tarsienne gauche n'était pas indiquée.

Il résulte de ce qui précède que l'appréciation du Dr C. _____ n'est pas contredite par celle des Drs J. _____, W. _____ et X. _____.

Le Dr N._____ du SMR a constaté que ces trois spécialistes étaient d'accord sur un examen de la cheville dans les normes. La situation était stabilisée et le status inchangé depuis octobre 2013.

Le Dr C._____ a certes relevé que l'aspect radiographique d'une discrète déminéralisation hétérogène des structures osseuses accompagnant la lésion au coin supéro-interne du dôme du talus retrouvée sur une radiographie de la cheville gauche du 4 juin 2013 aurait pu faire évoquer une réaction de type Südeck. Il a toutefois expliqué qu'il s'agissait plus d'un aspect lié à l'immobilisation par plâtre pendant trois mois, hypothèse que le radiologue avait d'ailleurs également évoquée dans son rapport du 4 juin 2013. L'expert a précisé que, dans les suites, aucun signe ayant pu faire penser à une algodystrophie n'avait été relevé, et, au jour de son examen, le 7 octobre 2013, l'assurée présentait des articulations parfaitement souples. Le Dr C._____ a ainsi motivé de manière probante les raisons pour lesquelles il ne retenait pas le diagnostic différentiel d'algoneurodystrophie. La recourante ne peut dès lors être suivie lorsqu'elle affirme présenter une telle atteinte.

Dans ces circonstances, en retenant que l'assurée présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée (sans marche en terrain accidenté, sans longues marches ni station debout, consistant en une activité simple et répétitive dans le domaine industriel léger, par exemple ouvrière à l'établi, à l'usinage ou opératrice de production), l'intimé n'a pas erré.

b) Au plan psychique, la recourante fait encore valoir que son cas devrait être examiné à l'aune des critères dégagés par la jurisprudence publiée aux ATF 141 V 281, dans la mesure où elle soutient qu'une partie de sa pathologie relèverait d'une affection sans substrat organique.

Or selon l'arrêt cité, il faut en premier lieu qu'un diagnostic de trouble somatoforme douloureux soit posé, selon les règles de l'art, par un médecin spécialiste de la discipline concernée.

Ce n'est qu'une fois le diagnostic posé que la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci.

Dans le cas de la recourante toutefois, aucun médecin n'a posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Il n'y a dès lors pas lieu d'appliquer la jurisprudence publiée aux ATF 141 V 281 au cas d'espèce, pas plus que de compléter l'instruction sur ce point.

6. Dans un autre moyen, la recourante conteste le calcul du taux d'invalidité auquel l'OAI a procédé, en concluant, d'une part, à une parallélisation des revenus déterminants, et, d'autre part, à un abattement de 25%.

a) Selon l'art. 16 LPGA, 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.

Selon la jurisprudence, 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, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé 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 129 V 222 consid. 4.3.1 p. 224 et la référence). Cependant, lorsqu'un assuré touchait un salaire nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité (p. ex. formation professionnelle insuffisante, faible formation scolaire, connaissances insuffisantes d'une langue nationale ou limitation des possibilités d'emploi en raison du statut de

saisonnier), il y a lieu - en procédant à une parallélisation des revenus - de tenir compte d'un montant plus élevé si les circonstances ne permettent pas de supposer que l'intéressé s'est contenté délibérément d'un salaire plus modeste que celui qu'il aurait pu prétendre (ATF 134 V 322 consid. 4.1 p. 325 s. et les arrêts cités). Le revenu effectivement réalisé doit être considéré comme nettement inférieur aux salaires habituels de la branche lorsqu'il est inférieur d'au moins 5 % au salaire statistique usuel dans la branche et la parallélisation doit porter seulement sur la part qui excède ce taux (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2 et 6.1.3 p. 302 ss.).

b) 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 et taux d'occupation). L'autorité ne doit pas procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb p. 80). La déduction globale ne peut excéder 25 % du salaire statistique. L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation de l'autorité cantonale. Le Tribunal fédéral revoit uniquement si l'instance précédente a abusé de celui-ci, en ne tenant pas compte de circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet des circonstances pertinentes ou en n'usant pas de critères objectifs (ATF 137 V 71 consid. 5.1 p. 73).

c) S'agissant en premier lieu de l'abattement sur le revenu d'invalidé, la recourante estime qu'il devrait être de 25%, « puisque la plupart des critères justifiant une réduction sont réunis, soit les limitations liées au handicap, l'âge de l'assurée (54 ans), son expérience professionnelle limitée, son origine ». Elle en déduit que le salaire avec invalidité doit dès lors être fixé à 40'357 fr. (53'810 fr. 36 - 13'452 fr. 59). Selon elle, après comparaison de ce revenu avec celui sans invalidité, qu'elle estime de 50'708 fr., il en résulte une perte de gain de 20% qui ouvre le droit à des mesures de réinsertion.

Or la recourante ne peut être suivie lorsqu'elle affirme que c'est un abattement de 25% qui aurait dû être effectué sur le revenu d'invalidé. En effet, ses limitations fonctionnelles ne sont pas telles qu'elles justifient un abattement de plus de 10%. A cela s'ajoute que son âge ne justifie pas non plus de prévoir un abattement supplémentaire. En outre, la recourante est au bénéfice d'un permis C et peut travailler à plein temps sans baisse de rendement dans une activité adaptée. C'est au plus un abattement additionnel de 5% qui pourrait être opéré pour tenir compte du fait que la recourante a eu une seule activité en qualité d'employée en blanchisserie. Cela étant, même à admettre un abattement de 15% sur le revenu avec invalidité de 53'810 fr. 36 retenu par l'intimé, il n'en résulterait pas, dans l'éventualité où on retenait le revenu sans invalidité de 50'708 fr. que plaide la recourante (dont on verra qu'il n'a au demeurant pas à être retenu, cf. let. d ci-dessous), un préjudice économique d'au moins 20% propre à ouvrir le droit à d'éventuelles mesures de réadaptation.

d) La recourante soutient encore que le revenu sans invalidité retenu, par 42'809 fr., - lequel l'a été sur la base des déclarations de l'employeur du 25 juillet 2013 -, est nettement inférieur au salaire statistique usuel de la branche, qu'elle estime à 50'708 francs. Certes la recourante ne dispose pas de formation professionnelle et son cursus scolaire s'est limité à la fréquentation de l'école obligatoire. Elle a toutefois travaillé durant douze années auprès de son employeur, sans chercher à améliorer sa situation, et a fait savoir à l'expert C. _____ que si son activité d'ouvrière en blanchisserie représentait certes un stress particulier dans la mesure où il fallait travailler vite, il existait une bonne relation avec l'employeur et les collègues. Dans ces circonstances, il y a lieu de retenir que la recourante s'est délibérément contentée de son salaire (cf. TF 9C_1001/2012 du 29 mai 2013, consid. 4, s'agissant d'une personne qui avait œuvré durant plus de douze ans pour le même employeur).

Quoi qu'il en soit, même à admettre le revenu sans invalidité parallélisé de 50'708 fr. que plaide la recourante, compte tenu d'un

abattement de 15% sur le revenu d'invalidé, il n'en résulterait pas, après comparaison des revenus, un taux de 20% qui permettrait d'ouvrir le droit à des mesures de réadaptation. Le résultat ne serait pas différent avec un abattement de 20%.

7. La recourante sollicite, subsidiairement à l'octroi d'une rente entière, des mesures de réadaptation. Or ainsi qu'on l'a vu (cf. consid. 6 ci-dessus), son taux d'invalidité est inférieur à 20%, de sorte que le droit à de telles mesures n'est pas ouvert.

On ajoutera pour autant que de besoin que même dans l'éventualité où la recourante avait dû subir un préjudice économique plus significatif, les mesures de réadaptation requises n'auraient quoi qu'il en soit, au vu des circonstances, pas permis de l'atténuer.

8. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire telle que requise par la recourante. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, TF 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

9. En définitive, il apparaît que la décision rendue par l'intimé le 5 mars 2015 ne prête pas le flanc à la critique tant en ce qui concerne l'évaluation médicale que s'agissant du calcul du préjudice économique subi. Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

a) La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance

judiciaire, les frais judiciaires sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie des frais judiciaires ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que la recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

b) La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Michel Duc à compter du 24 avril 2015 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD), la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

Le 4 avril 2017, Me Duc a produit le relevé des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure pour la période du 24 avril 2015 au 4 avril 2017. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 15 heures et 40 minutes, soit 15,66 heures, temps d'audience compris, au

tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 RAJ), soit 2'818 fr. 80, à quoi s'ajoutent 34 fr. 70 de débours, ce qui représente un montant total en faveur de Me Duc de 3'081 fr 80, TVA au taux de 8% par 228 fr. 30 comprise.

**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 5 mars 2015 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.** Il n'est pas alloué de dépens.

- V.** L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil d'office de la recourante, est arrêtée à 3'081 fr. 80 (trois mille huitante et un francs et huitante centimes), débours et TVA compris.

- VI.** 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 de l'indemnité du conseil 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 :

- Me Jean-Michel Duc (pour la recourante),
- 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 :