

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 avril 2017

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
MM. Bidiville et Berthoud, assesseurs  
Greffière : Mme Kuburas

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Henri Bercher, à Nyon,

et

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

---

**Art. 28 LAI ; art. 44 LPG**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** T. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2007 à 100 % en qualité d'Aircraft Coordinatrice pour le compte de N. \_\_\_\_\_ (ci-après : N. \_\_\_\_\_) à [...]. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Par déclaration de sinistre LAA du 24 décembre 2009, l'assurée a indiqué qu'en date du 21 décembre 2009, elle avait été victime d'un accident professionnel. Alors qu'elle travaillait sous les avions, elle avait glissé sur le tarmac enneigé et très glissant et était tombée, ce qui avait entraîné une déchirure au niveau de la hanche gauche. Une incapacité de travail de durée indéterminée a été établie et un traitement conservateur a été administré. La CNA a pris en charge le cas et a versé les prestations légales.

L'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du bassin pratiquée le 4 janvier 2010 a conclu à une infiltration liquidienne dans la partie supérieure du muscle grand fessier à droite compatible avec une minime déchirure, sans collection hématique identifiée, cette infiltration liquidienne voire hématique s'étendant dans la graisse sous-cutanée en regard, à l'absence de lésion identifiée au niveau du bassin et des hanches, ainsi qu'à la présence d'une discopathie L5-S1 avec une petite hernie discale médiane paramédiane des deux côtés et récessale droite venant au contact de la racine S1 droite.

L'IRM lombaire effectuée le 29 janvier 2010 a mis en évidence une hernie discale médiane, paramédiane des deux côtés et récessale droite L4-L5 venant au contact de la racine S1 droite, inchangée par rapport au comparatif du 4 janvier 2010, précisant qu'il n'y avait pas d'autre hernie discale, ni discopathie.

Dans un rapport médical intermédiaire du 8 février 2010, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a posé le diagnostic d'entorse lombaire sur glissade et chute en rotation.

L'IRM du rachis lombaire pratiquée le 4 mars 2010 a conclu à une très discrète progression de la hernie discale postéro-médiane et latérale droite en L5-S1 sous forme d'un petit fragment médian subluxé vers le bas ne réalisant pas de contrainte sur l'émergence des racines S1. Seule la racine S1 était effleurée par la hernie discale, laquelle était de petite taille et centrée très médialement et accessible à une infiltration de Diprophos sous contrôle CT (scanner) si la patiente le souhaitait.

Le 12 avril 2010, l'assurée a subi une intervention chirurgicale pratiquée par le Dr V.\_\_\_\_\_ consistant en une cure de hernie discale L5-S1 avec exérèse herniaire et discotomie.

**b)** Dans l'intervalle, soit le 22 septembre 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle. Elle a indiqué quant au genre de l'atteinte : « déchirure du grand fessier et hernie discale L5 ».

Dans un rapport médical du 7 octobre 2010 à l'OAI, le Dr V.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de séquelles de hernie discale L5-S1 à droite et a indiqué que l'assurée se plaignait toujours de douleurs lors de certains mouvements. Il préconisait la poursuite de la physiothérapie et une évaluation neutre.

Dans un rapport d'évaluation du 28 octobre 2010, la conseillère en réadaptation de l'OAI a relevé que l'assurée, au bénéfice d'une formation, avait a priori droit à des mesures d'ordre professionnel, son préjudice était supérieur à 20 % selon le calcul de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Au terme de l'entretien du 25 octobre 2010 avec l'assurée, il a été décidé de lui octroyer un cours d'allemand et de réinterroger le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-

après : SMR) pour savoir si l'activité professionnelle de l'intéressée était toujours adaptée.

Dans un rapport du 18 novembre 2010 faisant suite à un examen clinique de l'assurée, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, a constaté une évolution laborieuse avec une progression jusqu'en septembre 2010 laquelle s'était apparemment dégradée à partir d'octobre 2010, compte tenu de la persistance d'un syndrome algique avec notion de sciatalgies, non déficitaires, et d'une amyotrophie modérée. Il a préconisé une hospitalisation à la J.\_\_\_\_\_. (ci-après : J.\_\_\_\_\_).

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> mars 2011 faisant suite à un séjour de l'assurée du 28 décembre 2010 au 2 février 2011, les Drs R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, et C.\_\_\_\_\_, respectivement directrice médicale et médecin-assistante à la J.\_\_\_\_\_, ont fait état d'une déchirure des grands-fessiers à droite à la suite d'une chute le 21 décembre 2009 et d'une cure de hernie discale L5-S1 à droite le 12 avril 2010. Ils ont notamment exposé ce qui suit :

#### **« APPRECIATION ET DISCUSSION**

(...).

En résumé, il s'agit d'une patiente exerçant l'activité d'air-craft coordinator à [...], qui a eu une hernie discale L4-L5, ayant nécessité une cure de hernie discale droite le 12.04.2010, avec une évolution marquée par la persistance de lombalgies et d'irradiation non radiculaire dans le membre inférieur droit. L'examen neurologique est normal et l'IRM à notre disposition montre un excellent résultat anatomique. Par contre, la musculature lombaire profonde est massivement atrophiée. Une reprise de travail n'a pas été possible depuis la chute le 21.12.2009.

Avec la prise en charge interdisciplinaire, les progrès ont été évidents et le projet d'une reprise de l'activité professionnelle d'air-craft coordinator à 50 % (demi-journée à plein rendement), dès le 01.04.2011 (d'entente avec l'employeur) au plus tard, semble réaliste. A la sortie nous attestons une incapacité de travail totale jusqu'au 31.03.2011. Un rendez-vous est prévu à la consultation du Dr Q.\_\_\_\_\_ le 09.04.2011 pour un suivi spécialisé. Le pronostic fonctionnel et professionnel est à notre avis excellent mais un coaching serré est nécessaire »

Par courrier du 17 mars 2011, la CNA a informé l'assurée qu'à compter du 1<sup>er</sup> avril 2011, l'indemnité journalière serait versée sur la base d'une capacité de travail à 50 %.

L'IRM lombaire pratiquée le 27 juin 2011 a mis en évidence ce qui suit :

« Conclusion :

IRM lombaire : discopathie L5-S1, status post cure de hernie discale L5-S1 sans récurrence actuelle. Remaniements cicatriciels des parties molles paravertébrales droites, status post laminectomie L5 droite. Minimales remaniements au niveau des articulations inter-facettaires postérieures L5-S1 prédominant à droite avec prise de contraste des parties molles en regard témoignant d'une situation inflammatoire à ce niveau. Pas d'autre lésion significative sur l'ensemble des structures osseuses et des parties molles lombaires »

Dans un rapport du 11 octobre 2011, le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin-adjoint du service de rhumatologie, unité du rachis aux K.\_\_\_\_\_, (ci-après : K.\_\_\_\_\_), a posé le diagnostic de syndrome lombovertébral chronique dans un contexte de discectomie lequel était cliniquement bien visible. Il a relevé que la patiente, bien qu'elle occupait un poste à 50 % aux positions variées, n'arrivait pas à tenir plus de 50 % en raison de l'augmentation du syndrome lombovertébral. L'intéressée décrivait alors une augmentation des blocages, une crispation musculaire crampiforme pouvant s'étendre parfois à une fesse, en général du côté droit et l'obligeant à s'allonger parfois une nuit entière pour obtenir une antalgie.

Dans un rapport du 15 février 2012 à l'OAI, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé le diagnostic de syndrome lombo-vertébral chronique persistant dans un contexte de hernie discale L5-S1 opérée le 12 avril 2010 et a attesté une capacité de travail de 50 % dès le 14 juin 2011.

Dans un rapport ultérieur du 16 mars 2012 à la CNA, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a mentionné les différents traitements suivis par l'assurée. S'agissant de la capacité de travail, ce praticien a, par courriel du 12 avril 2012 à la CNA, indiqué qu'il

n'y avait pas d'augmentation prévue de la capacité de travail au-delà de 50 % dans l'immédiat, la patiente étant encore très algique au niveau lombaire avec des irradiations occasionnelles de type sciatalgique. Dès que ses journées étaient un peu plus stressantes sur le plan professionnel, la situation clinique s'en ressentait immédiatement. Il a préconisé une évaluation médicale tout en retenant un pronostic réservé.

Dans un rapport du 2 mai 2012, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, a mentionné qu'il ne comprenait pas l'apparition d'une douleur au niveau de l'articulation sacro-iliaque assez marquée par rapport aux suites habituelles d'une hernie discale et proposait une radiographie de la colonne totale de face et de profil en position debout sur un seul cliché.

L'IRM lombaire et des sacro-iliaques du 23 mai 2012 n'a pas mis en évidence de changement significatif de la prise de contraste autour des facettes articulaires L5-S1 selon l'appréciation du Dr H.\_\_\_\_\_ du 11 juin 2012.

La radiographie de la colonne vertébrale effectuée le 12 juin 2012 a conclu à une légère scoliose à convexité droite mesurée à 6 °, entre D12 et L2 avec une courbure de redressement, ainsi qu'à une inversion de la lordose physiologique cervicale.

Par communication du 6 juillet 2012, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était actuellement possible compte tenu du fait que sa situation médicale n'était pas encore stabilisée.

Dans un rapport du 4 février 2013, le Dr H.\_\_\_\_\_ a estimé que toutes les dispositions avaient été prises pour une bonne gestion du dossier (avis centre de la douleur, séjour à la J.\_\_\_\_\_, prise en charge de thérapies proposées). Il a ainsi préconisé un avis par un spécialiste du rachis.

Par avis médical du 12 juillet 2013, le Dr E. \_\_\_\_\_ du SMR, spécialiste en chirurgie, a proposé de demander à la CNA si un examen final du médecin d'arrondissement était prévu.

En raison de la grossesse de l'assurée, l'expertise a été annulée.

L'assurée ayant accouché le [...], le versement d'indemnités journalières a été interrompu par la CNA au [...], étant en congé maternité depuis cette date. Une incapacité totale de travail a été attestée dès le mois de juin 2013.

Par avis médical du 30 janvier 2014, le Dr E. \_\_\_\_\_ du SMR a relevé qu'il n'avait pas trouvé de documents médicaux postérieurs au 12 juillet 2013.

Par courrier du 11 mars 2014 à l'OAI complétant un rapport du 16 août 2013 à la CNA, le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a exposé que l'assurée l'avait consulté de janvier à juin 2013 pour une psychothérapie de soutien et des séances d'hypnose à visée antalgique à raison d'une à deux séances par mois. Le pronostic était difficile à poser, mais l'espoir d'évolution positive était augmenté par l'importante motivation de la patiente, sa bonne insertion sociale et son activité physique régulière. Il avait été mis fin au suivi, car l'intéressée montrait suffisamment d'autonomie dans l'utilisation de la technique hypnotique et qu'elle désirait limiter ses déplacements dans le cadre de sa 1<sup>ère</sup> grossesse. Selon ce praticien, l'assurée ne présentait en 2013 aucun trouble psychique pouvant entraîner une incapacité de travail ou contribuer à sa symptomatologie lombaire.

Dans un rapport médical du 10 juillet 2014 à l'OAI, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a fait état de lombalgies chroniques persistantes sans résultat tangible malgré de nombreux consiliums orthopédiques et rhumatologiques. Il a attesté une incapacité de travail totale dès juin 2013. Il a estimé que l'activité exercée était encore exigible à 30-50 %

avec un rendement réduit de 10 à 20 % en raison de la fatigabilité et du déconditionnement.

Par avis médical du 7 août 2014, le Dr E. \_\_\_\_\_ du SMR a constaté que la situation n'avait pas évolué et qu'elle s'était peut-être même péjorée depuis le 1<sup>er</sup> avril 2011, date à laquelle une capacité de travail de 50 % avait été reconnue dans son activité. Par ailleurs, le SMR ne disposait toujours pas d'informations médicales expliquant l'incapacité résiduelle, raison pour laquelle il a préconisé un examen rhumatologique au SMR.

Dans un rapport du 24 octobre 2014 faisant suite à un examen clinique de l'assurée du 8 octobre 2014, le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie au SMR, a retenu les diagnostics de lombopygialgies droites dans le cadre de discrets troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après cure de hernie discale L5-S1 à droite et de discrète insuffisance pondérale avec un indice de masse corporelle (ci-après : BMI) 17.5 comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. Il a estimé que les limitations fonctionnelles (soit au niveau du rachis, nécessité d'alterner 2 à 3x/heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 6 kg. Pas de port régulier de charges d'un poids excédant 8 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pas d'exposition à des vibrations) n'étaient pas entièrement respectées dans l'activité d'Aircraft coordinatrice. Ainsi, dans l'activité précitée, la capacité de travail était de 70 %, l'assurée devant parfois lever des bagages à main excédant 10 kg et devant travailler principalement en position debout. Il a exclu une incapacité de travail complète dans l'activité habituelle, l'intéressée pouvant travailler par moments en position assise et n'ayant pas à rester dans des positions debout statiques prolongées. Dans une activité d'Aircraft coordinatrice n'ayant pas de charges à lever de plus de 8 kg, la capacité de travail était entière. Le Dr L. \_\_\_\_\_ a en outre précisé qu'en raison de l'allaitement de sa fille, l'assurée prenait que peu de médicaments, raison pour laquelle on pouvait espérer une amélioration des douleurs avec la prise d'une antalgie

plus importante et de manière régulière. Finalement, il a conclu à une capacité de travail de 70 % dans l'activité habituelle et de 100 % si l'activité précitée n'avait pas de charges de plus de 8 kg à porter régulièrement. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière dès le 1<sup>er</sup> avril 2011, mise à part une période transitoire d'incapacité totale de travail de juin 2013 au 16 décembre 2013 en rapport avec la grossesse, l'accouchement et le congé maternité.

Par avis médical du 3 novembre 2014, le Dr P. \_\_\_\_\_ du SMR, spécialiste en rhumatologie, a exposé ce qui suit :

« (...).

L'examinateur a procédé à une analyse complète du dossier, notamment radiologique, à une anamnèse et à un examen clinique complets. Se basant sur l'anamnèse qui révèle que l'assurée exerce quelques activités ménagères et qu'elle est en mesure d'effectuer de longs vols en avion et même une croisière en 2012, sur l'examen clinique qui ne révèle pas de signes inflammatoires rachidiens ou sacro-iliaques ni de signes irritatifs ou déficitaires neurologiques aux membres inférieurs et sur l'amélioration des images d'IRM lombaire entre 2010 et 2014, l'examinateur s'écarte des conclusions du MT, Dr Q. \_\_\_\_\_ et estime l'assurée apte à travailler dans une activité de base à 70 % et dans une activité tout à fait adaptée à 100 %.

Ayant appris que l'assurée avait bénéficié récemment de consultations aux X. \_\_\_\_\_ (Dr S. \_\_\_\_\_ d'une part et Dr B. \_\_\_\_\_ d'autre part), l'examinateur a judicieusement fait demander des rapports à ces deux médecins ; il faut donc attendre la réception de ces deux rapports et les confronter au récent rapport du SMRSR [SMR Suisse romande] avant que le dossier puisse être définitivement clos ; *a priori* toutefois, l'analyse faite au SMRSR le 08.10.2014 semble difficilement susceptible d'être valablement contestable.

Merci de nous retourner le dossier dès réception des rapports du X. \_\_\_\_\_ »

Dans un rapport du 11 novembre 2014 à l'OAI, le Dr S. \_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint à l'Unité du rachis du département de l'appareil locomoteur au X. \_\_\_\_\_ (ci-après : X. \_\_\_\_\_), a posé les diagnostics de lombalgies chroniques dans le cadre d'un status après cure de hernie discale L5/S1 à droite en 2010, de discopathie L5/S1, de dysbalances musculaires de la chaîne postérieure et de syndrome de Maigne. Il a préconisé la poursuite du reconditionnement musculaire et éventuellement des infiltrations. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'assurée dans toute activité, précisant toutefois qu'une

alternance des postures était nécessaire avec une limitation des positions assises ne dépassant pas les 20-25 minutes.

Dans un rapport SMR du 2 décembre 2014, le Dr P.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics déjà posés par le Dr L.\_\_\_\_\_. Dans l'activité habituelle, il a évalué l'incapacité de travail de la manière suivante : 100 % du 22 décembre 2009 au 1<sup>er</sup> avril 2011 ; 50 % du 1<sup>er</sup> avril 2011 à juin 2013, 100 % de juin au 16 décembre 2013, 50 % du 16 décembre 2013 au 1<sup>er</sup> mai 2014 et 30 % dès le 1<sup>er</sup> mai 2014. Il a constaté que l'anamnèse et l'examen clinique livrés par le DrS.\_\_\_\_\_ se recoupaient avec les constatations de l'examineur du SMR. Le DrS.\_\_\_\_\_ ne s'exprimait pas quant à la capacité de travail exigible. Les limitations fonctionnelles qu'il retenait étaient les mêmes que celles qui figuraient à la page n° 1 du présent rapport. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a dès lors considéré que les déterminations apportées par l'examineur du SMR étaient fondées et convaincantes ; elles n'étaient pas contredites par le rapport fraîchement obtenu du X.\_\_\_\_\_ qui se basait lui-même sur un examen clinique réalisé quelques jours avant l'examen au SMR et méritaient d'être suivies telles quelles.

Il ressort d'une note relative à un entretien téléphonique du 19 janvier 2015 entre la CNA et l'OAI, que selon N.\_\_\_\_\_, si un bagage pesait plus de 8 kg, il y avait la possibilité de le faire porter par un ou une collègue.

Le 19 janvier 2015, l'OAI a notamment reçu de la CNA les documents médicaux suivants :

- un rapport du 27 mai 2014 du Dr B.\_\_\_\_\_, chef de clinique de l'Unité chirurgie du rachis au X.\_\_\_\_\_ - mandaté par la CNA - faisant suite à un examen clinique de l'assurée, par lequel ce praticien a constaté qu'il n'y avait plus aucun signe de hernie discale ni d'autres complications pouvant être liées à cette hernie discale mis à part la discopathie L5-S1. Théoriquement, il pouvait proposer d'effectuer une prise en

charge chirurgicale avec une spondylodèse L5-S1 par voie d'abord antérieure (ALIF). Dans le cas de lombaires chroniques, il était toutefois difficile de donner plus de 60 % de réussite. Il a dès lors préconisé une prise en charge globale avec le Dr S.\_\_\_\_\_.

- une appréciation orthopédique du 23 juillet 2014 du Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecine des assurances, centre de compétences de la CNA, lequel a proposé d'attendre le résultat de l'évaluation effectuée par le Dr S.\_\_\_\_\_, et d'organiser une scintigraphie osseuse à la recherche d'une captation pathologique au niveau de la sacro-iliaque droite.
- un rapport du 30 septembre 2014 du Dr S.\_\_\_\_\_ au Dr Q.\_\_\_\_\_, lequel a notamment exposé ce qui suit :

**« Conclusions, traitement et évolution**

Madame T.\_\_\_\_\_ présente des douleurs lombaires basses chroniques dans le cadre d'un status après cure de HD [hernie discale] L5-S1. Elle signale la plainte sous forme de deux douleurs :

- Une douleur lombaire basse semblant être centrée autour des derniers disques et qu'on arrive à calmer lors du test de stabilisation, qui est un test pronostic permettant de dire que l'évolution à long terme serait favorable en travaillant le gainage et la proprioception, après avoir précédemment assoupli les chaînes postérieures.
- D'autre part, une douleur plus haut située, correspondant à une douleur référée, type syndrome de Maigne.

En fonction des douleurs invalidantes au niveau de l'hémibassin droit et de l'irradiation latérale, on pourrait lui proposer une infiltration D12/L1, mais effectuée par un antalgiste connaissant la problématique du syndrome de Maigne (ceci pourrait se faire soit ici au X.\_\_\_\_\_ auprès du Dr A.\_\_\_\_\_, soit au K.\_\_\_\_\_ auprès du Dr G.\_\_\_\_\_, que je connais personnellement).

D'autre part, je me demande si une prise en charge rééducative intensive pluridisciplinaire de 3-4 semaines ne serait pas à nouveau souhaitable. Cela permettrait de relancer à nouveau la machine »

- un rapport du 17 novembre 2014 du Dr H. \_\_\_\_\_ faisant suite à un examen clinique final de l'assurée du 10 novembre 2014, lequel a considéré ce qui suit :

« **Appréciation**

Compte tenu de l'examen médical réalisé à l'agence le 10.11.2014, et de l'expertise effectuée à l'Assurance Invalidité au mois d'octobre 2014, nous pouvons considérer que l'état actuel de la patiente est suffisamment stabilisé pour permettre un bilan asséculoologique du cas.

Sur le plan de la **capacité de travail**, compte tenu d'un examen neurologique normal et de l'absence de limitation, je propose de retenir la capacité de travail exigible proposée par l'expert médical de l'Assurance Invalidité, à savoir une capacité à 100 % comme Aircraft coordinatrice n'ayant pas de charge de plus de 8 kg à porter régulièrement. Selon les éléments du dossier, il semblerait que celle-ci puisse être compatible avec l'activité qu'elle effectuait au moment de son accident. Il s'agit donc d'un retour à l'activité antérieur[e], sans diminution de rendement. Les trois premiers mois peuvent être proposés avec une capacité de travail à 50 % pour permettre une réadaptation au travail, après une longue période d'inactivité. A la fin de cette période, une capacité de travail sera totale.

L'état actuel de sa colonne ne justifie pas une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Nous pouvons accepter un contrôle médical espacé, la poursuite d'une physiothérapie pendant une durée de 6 mois, afin de faciliter la reprise progressive de son emploi et la prescription de médicaments antalgiques 3 e.o./mois pour une année »

**c)** Le 23 janvier 2015, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui octroyer une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1<sup>er</sup> mars 2011 (six mois après le dépôt de la demande de prestations AI) jusqu'au 30 juin 2011 (trois mois après l'amélioration constatée). Des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées.

Le 23 mars 2015, l'assurée a contesté le projet de décision précité, se référant au contenu de son opposition du 30 janvier 2015 à la décision du 8 décembre 2014 de la CNA. Elle a sollicité la mise en œuvre d'une expertise indépendante. L'assurée a notamment remis en cause les conclusions du rapport d'examen du SMR qui était également critiqué par le Dr Q. \_\_\_\_\_ dans son courrier du 7 janvier 2015, lequel a fait état d'une discordance majeure entre les conclusions du rapport d'examen du SMR et celles du rapport d'évaluation fonctionnelle du service

d'ergothérapie préprofessionnel à [...]. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a détaillé le 27 janvier 2015 ses critiques envers le rapport d'examen du Dr L.\_\_\_\_\_.

Par avis médical du 1<sup>er</sup> avril 2015, les Drs F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et P.\_\_\_\_\_ du SMR ont écarté l'avis du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 7 janvier 2015 estimant qu'il avait prouvé par là sa méconnaissance du dossier. Quant au Dr B.\_\_\_\_\_, si ce praticien affirmait que « *avec ce genre de problème [=l'assurée] n'a pas de risque d'aggraver sa situation avec une activité physique et qu'elle devrait refaire les activités physiques qu'elle apprécie* », les Drs F.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ ont conclu qu'une activité professionnelle respectueuse de limitations fonctionnelles ménageant le rachis l'était certainement aussi.

Par courrier du 23 avril 2015, N.\_\_\_\_\_ a résilié le contrat de travail de l'assurée avec effet au 30 juin 2015, cette dernière n'ayant pas repris son activité professionnelle le 5 janvier 2015.

Par décision du 22 mai 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision du 23 janvier 2015.

**d)** Par décision sur opposition du 8 avril 2015, la CNA a confirmé la décision rendue le 8 décembre 2014, soit une capacité de travail de 50 % à partir du 5 janvier 2015, et de 100 % dès le 7 avril 2015. Elle a notamment considéré qu'au vu de la description du poste de travail de l'assurée et des conclusions des médecins, il subsistait une pleine capacité de travail dans le métier d'Aircraft Coordinatrice. La CNA acceptait en outre un contrôle médical espacé, la poursuite d'une physiothérapie pendant une durée de six mois ainsi que les médicaments antalgiques à raison de trois emballages originaux par mois durant une année. Enfin, l'effet suspensif d'une éventuelle opposition a été retiré.

Cette décision sur opposition a fait l'objet d'un recours devant la Cour de céans laquelle l'a admis par arrêt séparé de ce jour (AA 43/16 - 34/2017).

**B.** Par acte du 17 juin 2015, T.\_\_\_\_\_, désormais représentée par Me Henri Bercher, recourt contre la décision de l'OAI du 22 mai 2015 et conclut, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente d'invalidité au sens de l'art. 28 LAI qui ne soit pas inférieure à trois quarts ; subsidiairement la mise en œuvre d'une expertise afin de fixer son incapacité de travail ou son invalidité. Elle sollicite en outre la suspension de la procédure jusqu'à droit connu dans la procédure en matière d'assurance-accidents. Elle constate que jusqu'à l'apparition du rapport d'examen du SMR, il existait un consensus entre les différents intervenants s'agissant de la présence de douleurs invalidantes la privant d'une mobilité professionnellement utilisable, pour lesquels il existait bel et bien un substrat anatomique. Elle critique dès lors l'objectivité du rapport d'examen du SMR sur plusieurs points, notamment la spécialité de l'expert soit la rhumatologie en lieu et place de l'orthopédie, des inexactitudes factuelles afin de dresser un tableau clinique et psychologique justifiant ses conclusions. Elle se réfère en outre au bilan d'ergothérapie préprofessionnel des 26 mai et 2 juin 2014 lequel concluait à une incapacité de travail à 50 %, ainsi qu'au rapport du 30 septembre 2014 du Dr S.\_\_\_\_\_ lequel n'a pas remis en cause la correspondance entre ses constatations objectives et les douleurs invalidantes qu'elle a décrites. Elle dépose enfin un lot de pièces sous bordereau I.

Dans sa réponse du 8 septembre 2015, l'intimé conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il produit un avis médical du SMR du 1<sup>er</sup> septembre 2015 relatif au rapport du 27 janvier 2015 du Dr Q.\_\_\_\_\_.

Dans ses déterminations du 5 novembre 2015, la recourante confirme les conclusions de son recours et dépose un lot de pièces sous bordereau II, dont un bilan d'ergothérapie préprofessionnelle des K.\_\_\_\_\_ de 2014.

Dans son écriture du 1<sup>er</sup> décembre 2015, l'intimé confirme les conclusions prises lors de ses écritures précédentes.

Le 8 février 2016, la recourante transmet sous bordereau III les nouvelles pièces produites dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-accidents, notamment un courrier du 12 janvier 2016 du Dr Q.\_\_\_\_\_ lequel conclut à une capacité de travail de 50 à 60 % dans une activité adaptée. Elle confirme sa requête de suspension de la procédure.

Dans son écriture 10 mars 2016, l'intimé se rallie à l'avis médical du SMR du 1<sup>er</sup> mars 2016, lequel conclut que les documents médicaux remis n'apportent pas d'information médicale nouvelle qui conduirait à admettre que l'appréciation basée sur l'examen clinique rhumatologique au SMR soit erronée.

Dans ses déterminations du 11 avril 2016, la recourante déplore que les médecins du SMR ignorent une situation réelle totalement invalidante. Elle confirme sa volonté d'être vue par un expert suffisamment capable pour faire la corrélation entre les symptômes constatés (diminution de mobilité et contracture musculaire) entre autres, et les résultats de toute imagerie médicale qu'il jugera utile de réunir.

Le 14 février 2017, la recourante a précisé qu'elle était arrivée au terme du versement de 400 indemnités de chômage (à 50 %) et qu'elle était désormais sans ressource. Il était dès lors urgent qu'une décision puisse être rendue dans les dossiers CNA et AI.

Le 27 février 2017, la juge instructeur a informé les parties qu'un jugement devrait intervenir en avril 2017 au plus tard.

### **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'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre

lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 69 al. 1 let. a LAI en dérogation à l'art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). S'agissant d'une contestation relative aux prestations de l'assurance-invalidité d'un montant indéterminé, il n'est pas exclu que la valeur litigieuse soit supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD).

**b)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 30 juin 2011.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de

réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

**c)** Un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

**4. a)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, 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 (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

**b)** Ce qui importe pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, c'est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 ; TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

Le juge doit également accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins internes de l'assurance, aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent en revanche être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; VSI 2001 p. 106 consid. 3b ; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

**5. a)** En l'espèce, la recourante reproche essentiellement à l'intimé d'avoir fait siennes les conclusions du rapport du 24 octobre 2014 du SMR, respectivement d'avoir admis que son cas était stabilisé et que la reprise de l'activité professionnelle d'Aircraft Coordinatrice moyennant une limitation du port de charges à 8 kg était exigible à 100 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2011. Elle critique en outre le fait que l'intimé ait omis de prendre en compte les avis des Drs S.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, orthopédistes en prenant uniquement en considération le rapport d'examen du 24 octobre 2014 du Dr L.\_\_\_\_\_, médecin rhumatologue. Dans ce contexte, elle sollicite la mise en œuvre d'une expertise orthopédique.

**b)** En l'occurrence, force est de constater qu'il existe des points de divergence entre les constatations et les conclusions du rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ et les considérations des autres médecins qui se sont exprimés, sans que l'on ait des motifs décisifs pour dénier une valeur probante à leurs avis respectifs du moins en ce qui concerne le diagnostic. On relèvera que le Dr L.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de lombopygalgies à droite dans le cadre de discrets troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après cure de hernie discale L5-S1 à droite et de

discrète insuffisance pondérale avec BMI 17.5 comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de la recourante. Excluant toute incapacité de travail en l'absence d'« *indication biomécanique* », il n'a toutefois pas discuté des diagnostics avancés par d'autres spécialistes, admettant que le rapport du Dr S.\_\_\_\_\_ ne lui avait pas été transmis (rapport d'examen du 24 octobre 2014, p. 9 in fine). Quant aux rapports des Drs B.\_\_\_\_\_ du 27 mai 2014, W.\_\_\_\_\_ du 23 juillet 2014, S.\_\_\_\_\_ du 30 septembre 2014 et H.\_\_\_\_\_ du 17 novembre 2014, ils n'ont été remis à l'OAI que le 19 janvier 2015 et n'ont dès lors pas été discutés par le Dr L.\_\_\_\_\_ dans le cadre de son rapport d'examen SMR. Or, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin à la CNA (appréciation orthopédique du 23 juillet 2014) a rappelé que le premier examen IRM mettait en évidence en plus de l'atteinte du grand fessier à droite, probablement de nature contusive, une discrète anomalie de signal au niveau de la sacro-iliaque droite. Ce praticien s'est alors interrogé quant à l'existence d'une symptomatologie plutôt centrée sur cette articulation ayant pu produire une clinique similaire à celle de la hernie discale, laquelle a abouti à l'indication « discutable » de discectomie L5-S1, « discutable » car faute de compression radiculaire avérée sur l'examen IRM et d'examens complémentaires électrophysiologiques confirmant la nature radiculaire de la symptomatologie. Il a d'ailleurs précisé que l'intervention pratiquée par le Dr V.\_\_\_\_\_ n'avait pas grandement modifié la symptomatologie, si ce n'est qu'elle avait entraîné dans les suites des lombalgies considérées comme chroniques et invalidantes. A l'instar du Dr H.\_\_\_\_\_, le Dr W.\_\_\_\_\_ a émis l'hypothèse d'une atteinte sacro-iliaque droite notamment au vu de l'examen IRM du 23 mai 2012 lequel révélait une petite anomalie de signal rehaussée par le contraste. Le Dr W.\_\_\_\_\_ proposait d'attendre l'avis du Dr W.\_\_\_\_\_, précisant qu'« *une fois celui-ci obtenu et sauf propositions thérapeutiques spécifiques autres que la poursuite d'un traitement conservateur, il est clair qu'il sera plus que temps d'envisager un bouclage du cas, la situation médicale apparaissant globalement inchangée depuis la reprise du travail à 50 %* ». Dans son appréciation du 30 septembre 2014, le Dr S.\_\_\_\_\_ a évoqué deux douleurs distinctes, soit au niveau des lombaires

basses centrées autour des derniers disques et plus haut soit en D12/L1 correspondant à un syndrome de Maigne. Certes, dans son rapport du 2 décembre 2014, le Dr P.\_\_\_\_\_ a fait état d'un rapport du 14 novembre 2014 du Dr S.\_\_\_\_\_ à l'OAI estimant toutefois que les conclusions de ce praticien ne remettaient pas en cause le rapport du Dr L.\_\_\_\_\_. Or, même si l'on peut regretter que le rapport du 14 novembre 2014 du Dr S.\_\_\_\_\_ ne fût pas aussi complet que celui du 30 septembre 2014 au Dr Q.\_\_\_\_\_, il convient de relever qu'il y a également évoqué le syndrome de Maigne, élément totalement absent de l'appréciation du Dr P.\_\_\_\_\_ sous l'angle notamment du diagnostic et de la capacité de travail.

Par ailleurs, alors que la recourante a été examinée à plusieurs reprises par des spécialistes, seul le Dr L.\_\_\_\_\_ a constaté une certaine tendance à la démonstrativité en lien avec des changements réguliers de positions, une importante résistance volontaire et des contrepulsions lors de la rétroflexion passive du tronc, tout en admettant qu'il n'y avait aucun autre signe de non organicité selon Waddell (1/5). A cet égard, il sied de préciser que le rapport de bilan d'ergothérapie professionnelle de 2014 constatait déjà que la recourante ne pouvait maintenir la position plus de quinze minutes et que plus le temps passait, plus ce temps diminuait jusqu'à avoir besoin de se lever toutes les cinq minutes après une heure d'évaluation pour finir par être obligée de s'allonger afin d'obtenir un soulagement et une détente musculaire. De plus, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a estimé que la résistance volontaire constatée par le Dr L.\_\_\_\_\_ ne faisait pas partie des signes de Waddell (cf. courrier du 27 janvier 2015), ce qui a été finalement admis par les Drs F.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ (cf. avis médical du 1<sup>er</sup> septembre 2015). Enfin, s'agissant de la capacité de travail, on s'étonne que le Dr L.\_\_\_\_\_ ait conclu à une capacité de travail de 70 % dans l'activité habituelle dès le 1<sup>er</sup> avril 2011 et de 100 % dans l'activité habituelle avec port de charge limité, alors que les médecins de la J.\_\_\_\_\_ concluaient dans leur rapport du 1<sup>er</sup> mars 2011 à une reprise à 50 % dans l'activité habituelle même après une prise en charge interdisciplinaire. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a retenu, quant à lui, une capacité de travail de 50 à 60 % dans une activité adaptée. On ajoutera que si la recourante a repris une activité à 50 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2011, elle a

présenté de manière récurrente des périodes d'incapacité de travail. On rappellera enfin que par communication du 6 juillet 2012, l'intimé informait la recourante qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était possible compte tenu du fait que sa situation médicale n'était pas encore stabilisée.

**c)** Dans ce contexte, face à la complexité du cas, à la divergence de diagnostics, à l'absence de signes clairs de non-organicité selon Waddell, voire d'éléments de démonstrativité, et à la résistance des douleurs à tous les traitements entrepris, force est de constater que les éléments au dossier ne sont pas suffisamment concordants pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. L'intimé s'est en effet prononcé sur la base d'un dossier médical comportant des contradictions, en s'abstenant de procéder à des mesures d'instruction en vue de trancher objectivement les avis discordants au dossier. Compte tenu du fait que les Drs W.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ ont émis, antérieurement au rapport du Dr L.\_\_\_\_\_, d'autres hypothèses pour expliquer les douleurs ressenties par la recourante – appréciations qui n'ont pas été discutées par les Drs L.\_\_\_\_\_, P.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ –, il s'avère que ni le diagnostic, ni ses éventuelles conséquences sur la capacité de travail de l'intéressée n'ont été établis de manière probante. Or, ces éléments d'incertitude sont de nature à affecter le caractère concluant de l'appréciation du Dr L.\_\_\_\_\_. Par ailleurs, le fait que le Dr Q.\_\_\_\_\_ soit l'orthopédiste traitant de la recourante, ne justifie pas à lui seul que l'on écarte d'emblée son avis quant à l'évaluation de la capacité de travail de sa patiente, notamment par le biais du bilan d'ergothérapie préprofessionnelle de fin 2014 et de son courrier du 27 janvier 2015, documents non discutés par les Drs F.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ (cf. avis médical du 1<sup>er</sup> avril 2015), ces derniers ayant finalement admis que ce dernier document figurait au dossier (cf. avis médical du 1<sup>er</sup> septembre 2015). Au vu de l'ensemble des éléments précités, l'intimé devait, après avoir pris connaissance des rapports médicaux des Drs S.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_, mettre en œuvre une expertise orthopédique ou rhumatologique afin de départager les opinions médicales divergentes notamment quant à l'absence ou non d'anomalie organique et ses

éventuelles conséquences sur la capacité de travail de la recourante, notamment par rapport aux conclusions de la J.\_\_\_\_\_ reconnaissant certes une capacité de travail dans l'activité habituelle, mais limitée à 50 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2011. Or, force est de constater que le dossier tel que constitué ne contient pas une telle analyse.

**6. a)** Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2).

**b)** En l'occurrence, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé – auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il relève dès lors de la compétence de l'intimé de mettre en œuvre une expertise rhumatologique ou orthopédique, selon la procédure prévue par l'art. 44 LPGA, permettant d'établir s'il est tenu de prêter au-delà du 1<sup>er</sup> avril 2011, respectivement du 30 juin 2011. L'intimé devra examiner quelle spécialité médicale sera la plus appropriée pour procéder à cette expertise, la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité jugée opportune demeurant réservée. Pour ce faire, il est loisible à l'intimé de coordonner ou non le complément d'instruction médical avec l'assureur-accidents.

**7. a)** Il découle de ce qui précède que le recours doit être admis, la décision attaquée étant annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision. Au vu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'examiner plus avant la requête de la recourante relative à la suspension de la présente procédure jusqu'à droit connu en matière d'assurance-accidents.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

**c)** La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr. TVA comprise, au regard de l'importance et des difficultés de la cause, et de les mettre à la charge de l'OAI.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 22 mai 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
  
- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à T.\_\_\_\_\_, la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.
  
- IV. Les frais judiciaires arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Henri Bercher (pour T.\_\_\_\_\_), à Nyon
- Office fédéral de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :