

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 janvier 2017

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
Mme Dessaux, juge, et M. Bonard, assesseur  
Greffière : Mme Raetz

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Philippe Nordmann,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 ss, 44 et 45 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 28a LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** V.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le 19 juin 1961, a déposé le 6 octobre 2008 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'obtention de mesures de réadaptation professionnelle. Au titre d'atteinte à la santé, elle indiquait des douleurs au pied, à la cheville et au genou droits depuis le 10 mars 2008.

Engagée depuis le 16 septembre 2002 en tant qu'aide extra-hospitalière à raison de 60 % (24h /semaine) auprès de la S.\_\_\_\_\_, l'employeur, dans un questionnaire du 24 octobre 2008, a attesté d'un salaire annuel de 38'705 fr. 50 depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, soit un salaire mensuel de 3'251 fr. 70, auquel s'ajoutait une prime de fidélité annuelle de 1'104 fr. 45.

Complétant le formulaire 531 bis à une date inconnue (indexé le 30 octobre 2008), l'assurée a indiqué que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 60 % par nécessité financière.

Dans un rapport médical du 1<sup>er</sup> décembre 2008, le Dr Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de status post-entorse « UE + UI » de la cheville droite, de tendinopathie des péroniers latéraux et de maladie de Sudeck (pied et cheville droits) depuis le 10 mars 2008. Il a évoqué une évolution lentement favorable, attesté d'une incapacité de travail de 100 % depuis le 9 avril 2008 et pronostiqué une reprise à 50 % dès le 2 décembre 2008.

Le 9 janvier 2009, H.\_\_\_\_\_ (ci-après : H.\_\_\_\_\_), assureur-accidents, a transmis à l'intimé le dossier de l'assurée. Dans un rapport médical initial du 4 juin 2008, le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin-assistant à l'Hôpital de [...], a posé les diagnostics d'entorse cervico-scapulaire droite, de contusion lombaire droite et d'entorse de la cheville droite. Il évoquait

en outre des radiographies de la colonne cervicale et dorso-lombaire faisant état d'absence de lésions osseuses mais de troubles dégénératifs diffus. S'agissant de la colonne dorso-lombaire, il notait une discopathie modérée L5-S1 et une spondylose dorsale pluri-étagée.

Dans un rapport du 27 novembre 2008 à H.\_\_\_\_\_, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, a constaté au cours de l'examen clinique une contracture des deux trapèzes, une douleur à la pression des apophyses transverses et noté les légères douleurs dorsales résiduelles dont se plaignait l'assurée depuis l'accident, de même que de discrets troubles de la sensibilité de la main gauche et des douleurs à l'avant de son pied et au tendon d'Achille. Il a enfin constaté, au genou droit, une légère douleur à la pression du ménisque externe, le reste du status étant parfaitement normal. S'agissant de l'évolution de la cheville, ce médecin notait la présence de douleurs et de difficultés de mobilisation résiduelles, évoquant néanmoins une possibilité d'amélioration. Il admettait que l'état antérieur avait été retrouvé pour les troubles vertébraux, la chronicité déjà préexistante ayant été atteinte. Il attestait d'une capacité de travail nulle dans son activité d'aide extra-hospitalière et une capacité de travail de 50 % dans une activité assise dès que sa cheville aurait retrouvé une mobilité lui permettant de longs déplacements (1/2-1h de marche) et la possibilité de conduire une voiture.

Par courrier du 9 janvier 2009, H.\_\_\_\_\_ a informé l'assurée qu'elle mettait un terme à ses prestations pour les troubles vertébraux dès le 27 novembre 2008.

H.\_\_\_\_\_ a mis en œuvre une expertise auprès du Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 2 mars 2009 faisant suite à l'examen clinique de l'assurée du 28 janvier 2009, ainsi qu'à une scintigraphie osseuse du 2 février 2009 (rapport du 3 février 2009), le Dr Pagin a retenu les diagnostics d'entorse de la cheville droite stade I, d'entorse cervicale stade I, de tendinopathie chronique des péroniers, de

cervicarthrose étagée C2-C3, de contusion lombaire droite et d'hypertension artérielle. Il a en outre précisé que les plaintes subjectives présentées par l'assurée ne pouvaient pas être objectivées de manière certaine au vu des constatations suivantes :

« L'examen clinique tend à montrer des séquelles caricaturales d'entorse. En lisant attentivement le dossier médical qui m'a été soumis, en particulier les résultats des différents examens radiologiques, je suis surpris par la persistance de ces symptômes, qui lors de mon examen semblaient par ailleurs exagérés.

Je rappellerais que l'IRM [imagerie par résonance magnétique] réalisée le 9 avril 2008 n'a pas mis en évidence de déchirure du ligament latéral externe ni d'entorse au niveau du Chopart ni de trouble intra-articulaire de la tibio-astragaliennne droite.

Il n'a pas été noté également d'hématome volumineux autour de la cheville.

L'IRM du pied droit du 28.07.2008 qui a également analysé la cheville afin d'exclure d'une part une luxation des péroniers n'a pas mis en évidence de déchirure, ni d'état cicatriciel au niveau ligamentaire, ni d'atteinte articulaire que ce soit au niveau du Chopart ou de la tibio-astragaliennne. Cet examen montre surtout des problèmes tendineux chroniques. Je note également qu'il n'est pas fait mention de maladie de Sudeck, alors qu'il s'agit d'un excellent examen pour confirmer ce diagnostic.

Devant ces éléments j'ai fait pratiquer une scintigraphie osseuse, qui permet d'exclure, ou en tout cas de montrer la guérison de la maladie de Sudeck. Cet examen par ailleurs ne montre pas de problème intra-articulaire au niveau du Chopart et de la tibio-astragaliennne droite, montre par ailleurs l'absence de lésion osseuse, cet examen ne met également pas en évidence de problème inflammatoire aigu ab articulaire. »

S'agissant de la cheville droite, il a estimé que l'atteinte ligamentaire était uniquement due à l'événement du 10 mars 2008, alors que la tendinopathie péronière chronique ne l'était que partiellement, d'une façon tout au plus possible. Il ne retenait pas le diagnostic de la maladie de Sudeck. A propos de la capacité de travail, le Dr Z. \_\_\_\_\_ s'est prononcé comme suit :

« Je pense que l'événement du 10 mars 2008 n'entraîne plus de limitation de la capacité de travail, et que l'assurée peut reprendre une activité normale en tout cas de même type qu'avant l'événement qui nous concerne. Pour ma part, je ne retiens pas de manière certaine le diagnostic d'une maladie de Sudeck, par contre je retiens celui d'entorse grade I de la cheville droite, une entorse de ce type guérit rapidement sans séquelles, ce que tend à prouver les IRM du 8 avril 2008 et du 28 juillet 2008.

En ce qui concerne la maladie de Sudeck, pour ma part, je suis convaincu que l'assurée n'a pas présenté une telle complication,

l'IRM du 28 juillet 2008 ne montre pas de signe pour une telle pathologie, alors que l'assurée était déjà traitée pour ce diagnostic. En tout état de cause si l'assurée a souffert d'une maladie de Sudeck avec IRM négative, actuellement cette maladie est guérie, guérison objectivée à l'examen clinique et confirmée par la scintigraphie osseuse réalisée le 3 [sic ; recte : 2] février 2009. »

Il a estimé qu'une reprise du travail était possible et qu'un statu quo ante était atteint en ce qui concernait la cheville droite six à neuf semaines après l'événement du 10 mars 2008.

Le 28 juin 2009, l'OAI a fait procéder à une enquête ménagère. Le statut de l'assurée y était estimé à 60 % active et 40 % ménagère, avec, dans cette dernière activité, une invalidité de 18.5 %.

Le 13 août 2009, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a adressé un rapport au médecin traitant, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, dont il ressort ce qui suit :

« L'examen du 9 juin montre une cheville et un pied droit tuméfiés, raides et douloureux 14 mois après le traumatisme. Ceci doit être considéré comme tout à fait anormal et correspond donc à la définition de la maladie de Sudeck. Partant de cette hypothèse, j'ai réintroduit un traitement de Miacalcic qui avait nettement soulagé la patiente dans un premier temps et débuté une physiothérapie de mobilisation douce. Lors du contrôle clinique du 2 juillet 2009, la patiente note une amélioration dans la mobilité avec une diminution de l'œdème et une légère diminution de la symptomatologie douloureuse. L'examen clinique confirme cette évolution favorable. Miacalcic et physiothérapie sont donc poursuivis jusqu'au prochain contrôle clinique prévu le 24 août 2009. L'état actuel me paraît à l'évidence séquellaire de l'accident du 10 mars 2008 et je ne vois aucune autre pathologie hors accident pouvant expliquer le status actuel. »

S'adressant à Me Philippe Nordmann, conseil de l'assurée, le Dr Q.\_\_\_\_\_ lui a indiqué le 25 août 2009 que selon la littérature, le diagnostic de la maladie de Sudeck était principalement clinique et qu'aucun examen complémentaire, y compris une scintigraphie négative, ne permettait de l'exclure complètement.

Par courrier du 18 septembre 2009, le Dr Z.\_\_\_\_\_, sollicité par H.\_\_\_\_\_, a estimé que si le diagnostic d'algoneurodystrophie était essentiellement clinique, les examens complémentaires, tels que la résonance magnétique et la scintigraphie osseuse permettaient en cas de doute de confirmer le diagnostic, ce qui n'était pas le cas en l'espèce.

Au vu de ces éléments, H.\_\_\_\_\_ a sollicité l'avis du Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel s'est prononcé le 1<sup>er</sup> octobre 2009 sur la base du dossier, sans pratiquer d'examen clinique de l'assurée. Ce praticien a exclu la présence d'une maladie de Sudeck au vu de la scintigraphie osseuse pratiquée.

Dans un rapport du 3 octobre 2009 sur formule préimprimée, adressé à l'OAI, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 10 mars 2008, selon lui encore en cours. Il évoquait à titre de limitations fonctionnelles l'impossibilité pour l'assurée de rester debout de manière prolongée, de porter de lourdes charges et de marcher en terrain irrégulier. Il estimait une reprise de l'activité professionnelle possible, tout en considérant qu'il était trop tôt pour en fixer la date. Il indiquait encore qu'une activité respectant les limitations fonctionnelles pouvait être exercée à raison de 3-4 h par jour avec un rendement de 100 %.

Par décision du 16 octobre 2009, H.\_\_\_\_\_ a considéré que le statu quo sine avait été atteint pour la cheville droite dans un délai de six à neuf semaines après l'accident du 10 mars 2008, les IRM des 8 avril et 28 juillet 2008 ayant mis en évidence une guérison sans séquelles. H.\_\_\_\_\_ a toutefois renoncé à demander le remboursement des prestations versées selon elle à tort du 27 novembre 2008 au 15 mars 2009.

Le 28 juin 2010, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a examiné l'assurée. Dans son rapport du 12 juillet 2010, il a posé le diagnostic de

douleurs chroniques de la cheville droite, de status après entorse bénigne du LLE (ligament latéral externe) et de cervico-dorsalgies. Il a noté une discopathie débutante C3-C4, C4-C5. Il a admis une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, mais une capacité de travail de 100 % depuis le 10 juin 2008 dans une activité adaptée. Il justifie cette appréciation de la façon suivante :

« Malgré une multitude de traitements conservateurs, à savoir immobilisation, AINS [anti-inflammatoires non stéroïdiens], infiltrations de corticostéroïdes, physiothérapie à sec et en piscine, l'assurée garde des douleurs dont l'intensité est disproportionnée par rapport à l'examen clinique rassurant et les divers examens de radiologie qui montrent des altérations mineures. On peut admettre avec générosité que l'assurée ne puisse pas exercer son travail habituel d'aide hospitalière, par contre on ne voit aucune raison somatique pour que cette assurée ne puisse pas travailler à temps complet dans un travail qui respecte les limitations fonctionnelles. »

Dans un rapport du 22 juillet 2010, le Dr OO.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a indiqué n'avoir aucune raison de s'écarter de l'appréciation faite par le Dr M.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 12 juillet 2010. Le Dr OO.\_\_\_\_\_ a retenu, comme atteinte principale à la santé, des douleurs chroniques de la cheville droite après entorse bénigne du LLE, et comme pathologies associées du ressort de l'AI, des cervico-dorsalgies. Il a fait état d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, mais de 100 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites par le Dr M.\_\_\_\_\_.

Se fondant sur le rapport précité du Dr M.\_\_\_\_\_, l'OAI a considéré le 10 août 2010 que l'assurée était susceptible d'exercer un travail simple et répétitif et de réaliser un revenu d'invalidé en 2008 de 28'321 fr. 06, tenant compte d'un taux d'activité de 60 % et d'une réduction supplémentaire de 10 % en raison de l'âge, des années de service, de la nationalité, du permis, ainsi que du taux d'activité. Le revenu sans invalidité retenu pour 2009 était de 39'518 fr. 31.

Au cours d'un entretien qu'a eu l'OAI avec l'assurée le 15 septembre 2010, cette dernière a fait part d'une amélioration de ses douleurs et indiqué être ouverte à des mesures professionnelles. Elle a

évoqué son intérêt de travailler dans le domaine médico-social, dans des professions ne respectant toutefois pas le principe d'équivalence ou encore dans le domaine de la petite enfance, activité ne respectant pas ses limitations fonctionnelles. Finalement, l'OAI lui a proposé un stage dans le domaine du bureau et de l'accueil, qui devait se dérouler du 10 janvier au 9 avril 2011.

Le 14 janvier 2011, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, nouveau médecin traitant de l'assurée, a indiqué lors d'un entretien téléphonique à l'OAI que l'évolution de l'état de santé de sa patiente était lentement favorable, bien qu'elle rencontre des difficultés à arriver au centre de formation avant 8h15 en raison du déplacement. Il demandait également qu'elle puisse disposer de deux après-midis par semaine afin de suivre une physiothérapie intensive. Dans un certificat médical succinct, ce médecin a attesté d'une incapacité de travail totale entre le 12 et le 14 janvier 2011, puis de 20 % du 15 janvier au 28 février 2011 en raison des séances de physiothérapie.

Le Dr B.\_\_\_\_\_ a établi le 21 janvier 2011 un nouveau certificat médical attestant d'une incapacité de travail à 100 % entre le 21 et le 28 janvier 2011.

En raison de ses absences répétées, l'OAI a, par courrier du 28 janvier 2011, invité l'assurée à tout mettre en œuvre pour aller au bout de la mesure dans les meilleures conditions, sous peine de devoir l'interrompre et de prendre une décision sur la base du dossier existant.

Dans un rapport du 31 janvier 2011 adressé au Dr J.\_\_\_\_\_ du SMR, le Dr B.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de syndrome lombovertébral aigu avec lombosciatalgies gauches en raison de discopathies L5-S1 avec protrusion postérieure prédominant à gauche, scoliose lombaire à convexité gauche, lordose lombaire à long rayon de courbure, de même qu'une calcification partielle du ligament longitudinal antérieur en C4-C5, D12-L1 et L1-L2, ainsi que d'algoneurodystrophie du membre inférieur droit dans les suites d'une entorse de la cheville droite, avec rétractions

musculaires étagées et aponévrosite plantaire. Il a indiqué que l'assurée avait présenté un syndrome lombo-vertébral aigu avec sciatalgie gauche dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs et probablement d'efforts lors de la marche pour épargner le membre inférieur droit. Il évoquait la possibilité pour les problèmes algodystrophiques dudit membre d'avoir une évolution prolongée en raison de l'appui perpétuel sur le membre atteint.

Dans un rapport du 8 février 2011 au SMR, le Dr B.\_\_\_\_\_ a fait état d'un probable malaise vagal de l'assurée le 4 février 2011 en se rendant au centre de formation I.\_\_\_\_\_. Après s'être tapée le pied droit contre un trottoir, elle avait ressenti de violentes douleurs qui l'avaient contrainte à se rendre en urgence à la Polyclinique P.\_\_\_\_\_. Le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, qui l'avait examinée, avait procédé à une injection intramusculaire en raison de l'importance des lombosciatalgies. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a encore indiqué que l'état de santé de sa patiente ne lui permettait pas de poursuivre son stage, les trajets et les stations assises prolongées n'étant pas adaptés à son problème lombaire. Il prolongeait l'incapacité de travail donnée initialement par le Dr W.\_\_\_\_\_ (incapacité de travail de 100 % du 4 au 9 février 2011) au 28 février 2011.

Par avis médical du 14 février 2011, le Dr J.\_\_\_\_\_ s'est déterminé sur cet incident considérant qu'il était « aigu » et qu'il ne remettait pas en question les conclusions du rapport du SMR du 22 juillet 2010, les limitations fonctionnelles retenues tenant compte de l'atteinte rachidienne.

Le 25 février 2011, le Dr B.\_\_\_\_\_ a évoqué, dans un rapport adressé au médecin du SMR, les raisons qui selon lui avaient conduit au résultat négatif de la scintigraphie osseuse demandée par le Dr Z.\_\_\_\_\_ (inutilité des scintigraphies faites au stade II et III de la maladie correspondant à la phase de stabilisation). Il a considéré, en revanche, que le Dr Z.\_\_\_\_\_ avait rapporté tous les signes cliniques de l'algodystrophie. Il a encore ajouté ce qui suit :

« Sur le plan des limitations fonctionnelles, le Dr M. \_\_\_\_\_ note : "[l'assurée] peut exercer un travail sédentaire ou semi sédentaire, sans port de charge, en évitant des déplacements fréquents à plat, doit éviter de marcher en terrain irrégulier, de monter ou descendre les pentes ou les escaliers. Doit éviter les positions statiques de sa nuque en flexion antérieure. Doit éviter la position debout statique prolongée".

Madame V. \_\_\_\_\_ estime que le stage qui lui a été proposé à l'I. \_\_\_\_\_ avec plusieurs déplacements et parfois en pente pour se rendre au lieu du stage, des positions statiques prolongées devant un ordinateur, effectuer des tris et des recyclages de cartons en position arc boutée, ne correspond pas aux critères émis par le Dr M. \_\_\_\_\_.

Lors des entretiens initiaux avec Madame K. \_\_\_\_\_ et Monsieur D. \_\_\_\_\_ en vue du choix d'une formation, Madame V. \_\_\_\_\_ affirme qu'une formation comme réceptionniste hôtesse d'accueil avait été retenue. Votre assurée s'attendait à un stage en entreprise. »

Le 9 mars 2011, le SMR a confirmé que les conclusions du rapport SMR du 22 juillet 2010 restaient valables, l'étiquette diagnostic n'ayant aucune incidence sur les limitations fonctionnelles déterminées par Dr M. \_\_\_\_\_.

Le centre de formation I. \_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI un rapport de stage le 18 mars 2011 dans lequel il a été constaté un manque d'implication de la part de l'assurée, des difficultés d'apprentissage, ainsi que de nombreuses absences ne permettant pas de tirer un bilan objectif.

Dans un projet de décision du 20 mai 2011, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente, le degré d'invalidité n'étant que de 24.4 %.

Le 27 juin 2011, l'assurée a contesté qu'au 1<sup>er</sup> mars 2009 elle présentait une capacité de travail excluant tout droit à une rente, dans la mesure où elle était en incapacité de travail attestée médicalement. H. \_\_\_\_\_ avait par ailleurs servi ses indemnités journalières jusqu'en février 2011 et ce n'était qu'en été 2010 que l'OAI avait envisagé des démarches d'orientation professionnelle. Enfin, elle considérait que le revenu sans invalidité retenu de 39'518 fr. 30 omettait de prendre en considération le 13<sup>ème</sup> salaire, de sorte qu'il s'élevait en réalité à 44'719 fr. 35.

Dans le cadre du dossier ouvert contre l'assureur-accidents, une expertise judiciaire a été mise en œuvre auprès du Dr U.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, compte tenu des avis contradictoires au dossier. Dans le rapport médical du 31 octobre 2011, l'expert a confirmé l'existence d'une algodystrophie, indiquant au titre de diagnostic :

« Un statut après accident de la voie publique avec traumatisme du rachis cervical et lombaire et de la cheville droite. La situation a évolué de manière satisfaisante au niveau du rachis cervical et lombaire. Le membre inférieur droit présente un statut post-traumatique avec développement d'un CRPS (Complex Regional Pain Syndrome, "syndrome douloureux régional complexe" souvent référé comme maladie de Sudeck) dans le cadre d'un traumatisme du pied et de la cheville avec une entorse de l'articulation tarso-métatarsienne de Lisfranc. »

Il a en outre expliqué les raisons qui lui permettaient de se distancer des avis des Drs Z.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, évoqué un état stationnaire de l'assurée avec une tendance à l'amélioration et confirmé l'indication des traitements de physiothérapie et d'antalgie afin d'améliorer l'état de santé et d'éviter une aggravation. Il a en outre confirmé le lien de causalité exclusif entre les troubles du membre inférieur droit et l'accident, une incapacité totale de travail dans son activité habituelle d'aide extra-hospitalière et indiqué que s'agissant d'une activité de substitution, seule une observation pratique dans des stages était susceptible de permettre de répondre à la question, étant précisé qu'une station assise prolongée pouvait se traduire par un œdème douloureux s'aggravant au fil des heures.

Le Dr B.\_\_\_\_\_ a attesté, dans un certificat médical du 1<sup>er</sup> décembre 2011, des incapacités de travail suivantes :

« 100 % du 10 mars 2008 au 24 mai 2011  
50 % du 25 mai 2011 au 30 septembre 2011  
40 % du 1<sup>er</sup> octobre 2011 au 31 janvier 2012. »

Il a en outre évoqué les restrictions suivantes :

- « - Travail en position assise avec possibilité de se lever chaque deux heures
- pas de marche répétée de plus de 30 minutes
- pas de travail accroupi ou à genoux
- pas de marche sur terrain irrégulier ou en pente
- pas de montées/descentes des escaliers répétées
- pas de position soutenue en flexion ou arc-bouté ou en porte-à-faux
- pas de port de charges répétées de plus de 5 kg, port de charges occasionnelles de 10 kg. »

Le 23 janvier 2012, le médecin-conseil du Service de l'emploi, la Dresse N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a estimé la capacité de travail de l'assurée à 50 % jusqu'au 31 janvier 2012, puis à 60 % dès le 1<sup>er</sup> février 2012, dans une activité tenant compte de limitations fonctionnelles identiques à celles évoquées par le Dr B.\_\_\_\_\_.

Dans un arrêt du 30 mai 2012, rendu à la suite d'un recours de l'assurée contre une décision sur opposition de H.\_\_\_\_\_, la Cour de céans a notamment qualifié l'expertise du Dr U.\_\_\_\_\_ de probante et retenu le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe (cause AA 34/10 - 46/2012).

Un stage d'observation-évaluation, dans le secteur tertiaire du bureau, mis sur pied par l'OAI auprès des A.\_\_\_\_\_ (A.\_\_\_\_\_), à [...], devait être effectué par l'assurée du 29 mai au 26 août 2012.

Lors d'un entretien téléphonique du 21 juin 2012, l'assurée a informé l'OAI qu'elle était en arrêt maladie attesté par certificat médical du Dr L.\_\_\_\_\_ du 13 juin au 28 juin 2012. Elle a expliqué que les trajets pour se rendre au centre de formation étaient trop longs, qu'elle devait emprunter des chemins en pente et prendre des escaliers, ce qui avait déclenché de fortes douleurs au niveau de ses lombaires et de sa sciatique.

A l'issue de la mesure, qui s'est terminée le 26 août 2012, le chef de secteur des A.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI, dans un rapport de synthèse du 5 septembre 2012, en ces termes :

« En fin de mesure, nous déterminons que l'assurée peut être réadaptée dans le marché ordinaire. Un stage à 60 % à la réception d'un service des HH. \_\_\_\_\_ [HH. \_\_\_\_\_] a permis de confirmer l'orientation d'aide de bureau. Toutefois, une remise à niveau en bureautique, notamment dans l'utilisation des logiciels Word et Excel ainsi que l'utilisation de la messagerie et d'Internet, est nécessaire afin que l'assurée augmente son employabilité dans ce domaine. L'assurée connaissant bien le domaine médico-social, nous recommandons que ses recherches d'emploi soient orientées dans ce sens. »

En outre, les conclusions tirées lors du bilan d'évaluation du 16 juillet 2012 définissaient les capacités de l'assurée à un taux de 50 % dans un emploi respectant la position assise avec alternance des positions, avec un rendement de 90 % (à 100 %), pour du conditionnement léger, dans le circuit économique normal.

Le certificat du Dr B. \_\_\_\_\_ du 28 janvier 2013 à l'attention du Service de l'emploi fait état des incapacités de travail suivantes :

« 50 % du 10.03.2008 au 24.05.2011  
50 % du 25.05.2011 au 30.09.2011  
40 % du 01.10.2011 au 15.12.2011  
100 % du 16.12.2011 au 17.01.2012  
50 % du 18.01.2012 au 31.01.2012  
40 % du 01.02.2012 au 09.07.2012  
50 % du 10.07.2012 au 13.01.2013  
100 % du 14.01.2013 au 18.01.2013  
50 % du 19.01.2013 au 11.03.2013. »

Il attestait en outre des restrictions suivantes :

« - Travail en position assise avec possibilité de se lever chaque deux heures  
- pas de marche répétée de plus de 30 minutes  
- pas de travail accroupi ou à genoux  
- pas de marche sur terrain irrégulier ou en pente  
- pas de montées/descentes des escaliers répétées  
- pas de position soutenue en flexion ou arc-bouté ou en porte-à-faux  
- pas de port de charges répétées de plus de 5 kg, port de charges occasionnelles de 10 kg. »

L'OAI a octroyé à l'assurée le 15 mars 2013 une aide au placement.

Dans un rapport médical du 22 avril 2013, le Dr B.\_\_\_\_\_ a admis un état de santé stationnaire et la possibilité pour sa patiente d'exercer une activité adaptée dans la mesure des incapacités attestées dans son certificat du 28 janvier 2013, sans baisse de rendement si le travail permettait de varier les positions. Dans le cas contraire, il admettait une diminution de rendement de 20 % et une perte de rendement supplémentaire en raison d'éventuelles rechutes. Il a en outre évoqué le fait que l'accident avait pu provoquer ou aggraver des lésions supplémentaires au membre inférieur gauche, au genou droit, ainsi que dans la région dorsale, en raison des contraintes anormales exercées pour épargner le pied et la cheville droite.

Le 27 mai 2014, l'assurée a transmis à l'OAI l'expertise orthopédique du 23 janvier 2014 réalisée par le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, à la demande de H.\_\_\_\_\_. Dans son rapport, l'expert a posé les diagnostics de statut après entorse externe de la cheville droite et entorse du Lisfranc du pied droit, ainsi que de statut après syndrome régional douloureux complexe du membre inférieur droit. Il a indiqué qu'à plus de cinq ans de l'événement, la situation était stabilisée, aucune modification significative de l'état de santé de l'assurée n'étant à attendre. Il confirmait le lien de causalité entre l'accident et les lésions du pied et de la cheville droits tout en considérant que les troubles dégénératifs cervicaux et lombaires n'étaient pas à charge de l'assureur-accidents. Au titre des limitations fonctionnelles, il reconnaissait à l'assurée des difficultés à marcher de façon prolongée, en terrain irrégulier, à la montée ou la descente répétée d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudages. Des limitations dans les travaux accroupis ou à genoux devaient également être reconnues, une profession permettant l'alternance des positions assise ou debout était selon lui souhaitable. S'agissant de la capacité de travail, il reconnaissait une incapacité totale dans son ancienne activité d'aide hospitalière, en considérant en revanche, s'agissant des suites de l'événement du 10 mars 2008, la possibilité pour l'assurée de faire valoir une pleine capacité de travail. Il rappelait que les troubles dégénératifs rachidiens ne relevaient pas de l'accident. S'agissant de l'appréciation de l'atteinte à l'intégrité,

l'expert prenait en considération l'entorse externe de la cheville droite et celle de l'articulation du Lisfranc du pied droit à hauteur de 5 % chacune, considérant une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) totale de 10 %.

Dans un projet de décision du 16 décembre 2014, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité en raison d'un degré d'invalidité de 26.51 %. Se fondant sur un statut d'active de 60 %, l'OAI a retenu un salaire sans invalidité de 40'759 fr. 85 et un salaire d'invalidé de 27'778 fr. 20, prenant en considération un abattement de 10 %. Dans son statut de ménagère à 40 %, l'OAI a défini un empêchement de 18.50 % et un degré d'invalidité de 7.40 %.

L'assurée s'est déterminée le 20 janvier 2015. Se référant à l'exigibilité admise par son médecin traitant de 50 %, elle contestait celle retenue par l'OAI. Elle avançait que son gain sans invalidité en 2012 s'élevait à 42'432 fr. 15 et que le gain d'invalidé ramené à 50 % se montait à 23'148 fr. 50, de sorte que le degré d'invalidité était de 45.45 %, l'invalidité globale s'élevant à 52.85 % en ajoutant les 7.40 % de degré d'invalidité ménagère.

Le rapport du 7 octobre 2014 du Dr B. \_\_\_\_\_ à l'attention de Me Nordmann, qui fait une nouvelle fois état d'une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à l'état de santé de l'assurée, a été soumis aux médecins du SMR qui, dans un avis du 5 février 2015, ont indiqué que les affirmations du médecin traitant ne permettaient pas d'arriver à une solution différente de celle exprimée auparavant.

Par décision du 21 juillet 2015, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité, le degré d'invalidité déterminé étant de 26.51 %. Il a retenu une capacité de travail totale dans une activité adaptée tenant compte des limitations suivantes : port de charges, déplacements fréquents, marche en terrain irrégulier, montée ou descente d'escaliers, position statique de la nuque, station debout prolongée. L'OAI a considéré que la part consacrée à son activité lucrative serait de 60 % et celle

consacrée aux tâches ménagères de 40 %. Le revenu sans invalidité en 2012 était de 40'759 fr. 85 et le revenu d'invalidité de 27'778 fr. 20. Compte tenu de l'activité professionnelle et ménagère, le degré d'invalidité était ainsi de 26.51 %.

**B.** Par acte du 27 août 2015, V. \_\_\_\_\_, assistée de son conseil, recourt contre cette décision. Contestant disposer d'une capacité de travail résiduelle de 100 % dans une activité adaptée, elle fait grief à l'intimé de s'être fondé sur un examen orthopédique réalisé au SMR en 2010 et sur une expertise du Dr G. \_\_\_\_\_ de 2014 mise en œuvre par l'assurance-accidents. Elle considère disposer au mieux d'une capacité de travail résiduelle de 50 %, dans une activité adaptée à son état de santé. S'agissant du calcul de l'invalidité, elle conteste le montant du revenu sans invalidité, soutenant qu'il s'élève à 42'898 fr. 90, le fait que son revenu d'invalidité ait été pris en considération à 60 % alors que seul un revenu à 50 % était réalisable (20'576 fr. 44), de même que l'abattement de 10 %, alléguant qu'il ne tient pas suffisamment compte de son âge, de son manque d'expérience professionnelle, de sa faible formation scolaire, de son absence prolongée sur le marché du travail et de sa capacité de travail réduite. Enfin, considérant que son handicap dans la tenue de son ménage s'élève à 45.50 %, elle admet une invalidité ménagère de 18.20 %, soit une invalidité globale de 70.24 % donnant droit à une rente entière. Elle produit en outre un rapport d'IRM du genou droit établi le 13 juin 2014 par la Dresse T. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, de même qu'un rapport médical du Dr B. \_\_\_\_\_ du 27 août 2014.

Dans sa réponse du 15 octobre 2015, l'OAI propose le rejet du recours. Il explique que les limitations fonctionnelles retenues pour l'exercice d'une activité adaptée permettent également au rachis de ne pas être trop sollicité. De même, le fait que le rapport médical du SMR ne mentionne pas clairement le diagnostic d'algodystrophie n'est pas absolument relevant, les limitations fonctionnelles étant en tous points identiques. L'intimé relève en outre que le Dr U. \_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail résiduelle, se contentant de renvoyer à une observation professionnelle, et que l'abattement retenu de 10 % n'est

pas discutable, compte tenu de la pleine aptitude au travail déterminée sur la base de mesures de réadaptation démontrant que la recourante disposait des réquisits dans les domaines de la réception-accueil et de l'aide de bureau. Un avis médical du 6 octobre 2015 du Dr C.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, est joint à cette réponse.

La jonction des causes AA 55/15 et AI 232/15 requise par la recourante est refusée par ordonnance de la juge instructrice du 19 novembre 2015, tout en précisant que le dossier de l'assurance-invalidité est versé au dossier concernant l'assurance-accidents.

Le 17 mars 2016, la recourante produit un rapport médical de son médecin du 16 mars 2016, sur lequel elle fonde sa réplique. Selon le Dr B.\_\_\_\_\_, son appréciation antérieure de la capacité de travail (50 à 80 %) de sa patiente devait être corrigée, en ce sens que cette capacité de travail n'était plus que de 20 % à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011, étant nulle jusqu'à cette date, en raison de l'évolution des stages effectués et de l'absentéisme prévisible. La recourante fait encore état de la contradiction entre ce rapport médical et l'avis du SMR de 2010 indiquant que sa capacité de travail était entière dans toute activité adaptée, trois mois après son accident. Constatant que le Dr B.\_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur la question du handicap ménager, la recourante requiert un complément d'instruction sur cet aspect également.

Dans sa duplique du 19 avril 2016, l'intimé confirme ses conclusions en rejet du recours. S'agissant du dernier rapport médical du Dr B.\_\_\_\_\_, il s'étonne de son évaluation, considérant qu'elle traduirait une aggravation majeure en regard de l'expertise orthopédique de 2014 du Dr G.\_\_\_\_\_, alors que cette dernière, corroborant l'examen du SMR de 2010, fait plutôt état d'une grande stabilité. De plus, les dernières radiographies des membres inférieurs datant de 2014 ne plaident pas en faveur d'une aggravation. L'intimé produit en outre un avis médical du Dr C.\_\_\_\_\_ du 13 avril 2016 suggérant la mise en place d'une expertise rhumatologique ou orthopédique en raison de la conflictualité du dossier et de l'absence d'éléments pertinents. L'intimé indique clairement se

distancer de l'avis du SMR, considérant que ces éléments ne justifiaient pas la mise en œuvre d'un tel examen.

La recourante informe le tribunal le 19 mai 2016 qu'elle n'entend pas s'opposer à la mise sur pied d'une expertise, tout en constatant que dans son avis, le Dr C. \_\_\_\_\_ se contentait de répéter ce qu'il avait déjà évoqué sans mettre à mal le rapport du 16 mars 2016 du médecin traitant.

Par ordonnance du 6 décembre 2016, la juge instructrice informe les parties qu'au vu d'une appréciation anticipée des preuves, une expertise n'apparaissait pas nécessaire et qu'un arrêt serait rendu prochainement.

Par courrier du 12 décembre 2016, la recourante requiert que les frais de 1'783 fr. 95 relatifs à l'établissement du rapport médical du 16 mars 2016 du Dr B. \_\_\_\_\_ soient mis à charge de l'intimé.

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

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI, sous réserve de dérogations expresses (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 - comme c'est le cas en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 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 (art. 60 LPGA). Conformément à l'art. 38 al. 4 let. b LPGA, les délais fixés en jours ou en mois par la loi ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement.

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), 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 (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre les décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a).

**b)** Le recours porte en l'occurrence sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 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.

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins ; un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50 % à une demi-rente, un taux de 60 % à trois quarts de rente et un taux de 70 % à une rente entière (art. 28 LAI).

**b)** Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu hypothétique sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

Chez les assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une, il y a lieu d'évaluer l'invalidité en dérogation à la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels. Par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. C'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

L'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus ; s'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels, puis calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté

dans les deux activités en question. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI).

Nonobstant les termes utilisés aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de la personne assurée. Il s'agit plutôt de déterminer si elle exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 3.3, 125 V 146 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b).

**4. a)** 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 (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

**b)** L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine

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

Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent toutefois être admises avec réserve pour 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 ; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008, 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

**c)** Enfin, il appartient avant tout aux médecins, et non aux spécialistes de l'orientation professionnelle, de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré souffrant d'une atteinte à la santé et sur les éventuelles limitations résultant de celles-ci. Les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas ; elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage. Les informations recueillies par les organes d'observation professionnelle ont cependant pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement la mesure dans laquelle l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail

et de gain sur le marché du travail (TF 9C\_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1, 9C\_83/2013 et 9C\_104/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2).

**5. a)** En l'espèce, la recourante fait grief à l'intimé de s'être fondé, pour évaluer sa capacité de travail, sur un rapport du 12 juillet 2010 du SMR à ses yeux obsolète et sur une expertise du Dr G.\_\_\_\_\_, mise en œuvre par l'assureur-accidents en 2014. Elle relève que cette expertise n'évoque pas la problématique du rachis, qu'elle considère pourtant comme invalidante. Elle produit en cours de procédure un rapport de son médecin traitant du 16 mars 2016, aux termes duquel il modifie l'évaluation qu'il fait de la capacité de travail de sa patiente, la faisant passer de 50 % à 20 % dans une activité adaptée, en raison de l'évolution de l'état de santé de cette dernière, des stages effectués et de l'absentéisme prévisible.

S'agissant de l'aspect médical, c'est essentiellement sur la question de la capacité de travail dans une activité adaptée que porte le litige. En effet, tant la capacité de travail dans l'activité habituelle que les limitations fonctionnelles ne sont pas litigieuses. Ainsi, les médecins considèrent la première comme inexistante et font une appréciation globale, concordante des limitations relatives à la marche prolongée, la marche en terrain irrégulier, la montée ou la descente d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudages, les travaux accroupis ou à genoux, la nécessité d'alterner les positions, le port de charges, les positions prolongées en flexion, arc- bouté ou en porte-à-faux.

En revanche, l'évaluation diagnostique n'a pas fait l'unanimité s'agissant du membre inférieur droit, en particulier, le corps médical n'a pas toujours été d'accord sur l'existence d'un syndrome régional douloureux complexe (maladie de Sudeck ou algodystrophie). Cependant, une expertise judiciaire, mise sur pied en octobre 2011 auprès du Dr U.\_\_\_\_\_, qualifiée de probante par la Cour (cf. arrêt AA 34/10 - 46/2012 du 30 mai 2012), avait permis d'établir l'existence d'un tel syndrome. Ce diagnostic avait au demeurant été précédemment posé par les Drs Y.\_\_\_\_\_ en 2008, Q.\_\_\_\_\_ en 2009, B.\_\_\_\_\_ en 2011 et confirmé

ultérieurement en 2014 par le Dr G.\_\_\_\_\_ sous forme de status post-syndrome régional douloureux complexe du membre inférieur droit. Il n'y a en conséquence pas lieu d'y revenir.

S'agissant des troubles du rachis, il ressort des différents rapports au dossier que leur origine est dégénérative et préexistante à l'accident de mars 2008, ce que confirment les documents radiologiques énumérés par le Dr B.\_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 16 mars 2016 (pp. 8 et 9).

A l'instar de la recourante, il faut admettre que le rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 23 janvier 2014 porte essentiellement sur la problématique de la cheville droite et ne se penche pas précisément sur celle des troubles vertébraux, si ce n'est pour constater leur absence de lien avec l'accident, comme l'avait déjà fait le Dr R.\_\_\_\_\_ le 27 novembre 2008. Dans ces circonstances, l'évaluation d'une capacité totale de travail de la recourante dans une activité adaptée, qui ne tient pas compte de son état de santé global, ne saurait être pris en considération sans réserve.

Le rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ du 12 juillet 2010 qui fait état des constatations tant au niveau du membre inférieur droit qu'au niveau du rachis a porté sur l'état de santé global de la recourante. Cependant, malgré le fait que les derniers rapports d'IRM cervicale et lombaire soient plutôt rassurants en ce sens qu'aucun changement significatif ne semble s'être produit depuis les IRM de 2005 et de 2009 (cf. rapport médical du Dr B.\_\_\_\_\_ du 16 mars 2016 p. 9), le délai de cinq ans qui s'est écoulé entre cet examen et la décision attaquée est suffisamment long pour considérer que ce rapport ne permet pas à lui seul de conclure sans réserve à une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée. Enfin, compte tenu de la relative importance des troubles du rachis, on peut se demander si le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, ne devait pas s'adjoindre les services d'un rhumatologue pour une évaluation précise des conséquences de ces troubles.

A cela s'ajoute que les appréciations de la capacité de travail résiduelle par les autres médecins sont contradictoires et ne permettent pas de se faire une idée fondée de la situation. Ainsi, les médecins qui se sont exprimés dans le dossier de l'assureur-accidents ont tous, excepté le Dr R.\_\_\_\_\_, dont le rapport est le moins récent, admis une pleine et entière capacité de travail des suites de l'accident dans une activité adaptée au plus tard neuf semaines après l'événement. Les autres médecins qui se sont prononcés sur l'état de santé globale de la recourante, qu'ils soient expert, médecins traitants ou médecin conseil, ont attesté d'une capacité de travail variant entre 100 % et 20 %. En effet, dans son rapport d'expertise du 12 juillet 2010, le Dr M.\_\_\_\_\_ a fait état d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée. Dans son rapport médical du 3 octobre 2009, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a quant à lui évoqué la possibilité de reprendre une activité respectant les limitations fonctionnelles à raison de 3-4 heures par jour. La Dresse N.\_\_\_\_\_, médecin conseil auprès du Service de l'emploi a conclu, dans son rapport du 23 janvier 2012, à une capacité de 60 % dans une activité adaptée. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a indiqué, à plusieurs reprises, la possibilité d'une activité au taux de 50-60 % respectant les limitations fonctionnelles (cf. certificats médicaux des 1<sup>er</sup> décembre 2011 et 28 janvier 2013), avant de se rétracter et de n'admettre plus qu'une capacité de travail de 20 % en mars 2016 (cf. rapport du 16 mars 2016). Le Dr U.\_\_\_\_\_, quant à lui, ne s'est pas prononcé sur le taux de capacité de travail dans une activité adaptée, réservant cette estimation à une observation pratique en situation de stage.

Des mesures professionnelles ont été mises en place par l'OAI. Malgré le peu d'investissement dont a fait preuve la recourante, en raison de ses nombreuses absences, le dernier stage effectué à la réception d'un service des HH.\_\_\_\_\_ a permis de constater son employabilité dans le circuit économique normal au taux de 50 %.

S'agissant enfin du dernier rapport médical du Dr B.\_\_\_\_\_, daté du 16 mars 2016, produit en cours de procédure, sous réserve d'une éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante postérieure à la

décision attaquée (maladie hyperostosante diffuse [DISH]), il apparaît plutôt comme une appréciation différente d'un état de fait semblable et n'est guère convaincant. En effet, il justifie cette nouvelle estimation de la capacité de travail de la recourante en se fondant sur des éléments qu'il connaissait déjà lorsqu'il a établi son rapport médical du 7 octobre 2014.

Compte tenu des opinions divergentes de ces différents praticiens, il est difficile de se faire une idée précise des incidences des troubles du rachis de la recourante sur sa capacité de travail résiduelle. Il convient en conséquence d'admettre que l'instruction devra être complétée sur cet aspect.

**b)** Dans un second grief, la recourante reproche à l'intimé de n'avoir retenu, sur la base du rapport d'enquête ménagère, qu'une invalidité de 18.5 % dans l'accomplissement de ses tâches. Elle considère à cet égard que le rapport d'enquête contient des contradictions entre les observations consignées et l'empêchement évalué.

Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6.1, 128 V 93 ; TFA I 90/02 du 30 décembre 2002 consid. 2.3.2 [non publié au Recueil officiel] in VSI 2003 p. 221).

On ne peut donner entièrement tort à la recourante de critiquer l'enquête ménagère effectuée le 28 juin 2009. Plus que d'éventuelles contradictions, c'est son intervention prématurée dans le processus d'instruction qui permet de douter de sa valeur probante. En effet, en 2009, l'enquêtrice ne disposait pas de l'ensemble des données médicales et de toutes les limitations fonctionnelles posées ultérieurement par les médecins. C'est ainsi sur la seule base des allégations de l'assurée qu'elle a complété son rapport s'agissant des empêchements en lien avec son état de santé, en contradiction avec la jurisprudence précitée. Le contenu du rapport, rédigé de manière trop succincte, ne permet en outre pas d'évaluer de manière objective comment ont été pris en considération les différents empêchements. L'OAI ne pouvait ainsi se passer de faire procéder à un complément d'enquête ménagère une fois la situation médicale posée de façon plus précise.

**c)** La recourante conteste encore le montant du revenu sans invalidité, considérant qu'il s'élève, compte tenu du renchérissement, à 42'898 fr. 90 et non à 40'759 fr. 85, comme retenu dans la décision litigieuse. Elle soutient que le revenu annuel de 2008 sur lequel s'est fondé l'intimé est incorrect.

Comme le relève à juste titre la recourante, le revenu annuel de 38'705 fr. 50 indiqué par l'employeur dans le questionnaire du 24 octobre 2008 ne correspond pas au revenu mensuel de 3'251 fr. 70, augmenté d'une prime de fidélité annuelle de 1'104 fr. 45, mentionnés juste après (p. 3). Avec un tel salaire mensuel, le revenu annuel devrait se monter à 39'020 fr. 40, plus la prime de 1'104 fr. 45, soit un total de 40'124 fr. 85.

Toutefois, dans ce même formulaire, l'employeur a fait état d'un revenu mensuel de 3'155 fr. 55 de janvier à juin 2008, de 3'222 fr. 70 de juillet à septembre 2008 et de 3'251 fr. 70 pour le mois d'octobre 2008 (p. 19).

Ainsi, les informations fournies par l'employeur de la recourante quant aux revenus réalisés par cette dernière en 2008 présentent des divergences, qui devront être éclaircies par l'OAI, afin de déterminer le revenu sans invalidité.

**6. a)** Compte tenu de ce qui précède, force est d'admettre que l'instruction du dossier est contradictoire s'agissant de la capacité de travail retenue, incomplète en ce qui concerne la capacité ménagère et imprécise s'agissant du montant du revenu sans invalidité. Il conviendra donc de la compléter par une expertise à tout le moins rhumatologique au sens de l'art. 44 LPGA, voire orthopédique si l'expert devait le considérer nécessaire, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité qu'il jugerait opportune. Une fois l'expertise rendue, l'intimé fera procéder à une nouvelle enquête ménagère qui prendra en considération la situation médicale complète. En parallèle, il complètera l'instruction concernant le montant du revenu sans invalidité.

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

s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

En l'espèce, l'intimé est le mieux à même de procéder à l'évaluation des capacités ménagères. Il se justifie donc de lui renvoyer la cause pour instruction complémentaire, y compris d'un point de vue médical, ainsi que pour déterminer le montant du revenu sans invalidité.

**7. a)** Compte tenu de ce qui précède, le recours, bien-fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour en compléter l'instruction avant de rendre une nouvelle décision.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (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 une indemnité de dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 2'500 fr., à la charge de l'OAI (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). S'agissant des frais en relation avec l'établissement du dernier rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ du 16 mars 2016, outre le fait qu'aucune conclusion n'a été prise en ce sens dans le cadre du recours contre la présente décision attaquée, il convient, conformément à l'art. 45 al. 1 LPGA, de rejeter cette demande, dans la mesure où ce rapport n'a pas contribué de manière décisive à la solution du litige.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 21 juillet 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 et nouvelle décision.
  
- III. Les frais judiciaires à hauteur de 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à V.\_\_\_\_\_ un montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Philippe Nordmann (pour V.\_\_\_\_\_)
- 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 :