

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 novembre 2017

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Thalmann et M. Monod, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A.A. _____, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6ss 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28, 28a al. 3 et 29 al. 1 - 3 LAI ; 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. **a)** A.A._____, née en [...], originaire du [...], couturière de formation, mère de trois enfants nés en 1987, 1989 et 1995, en Suisse depuis [...], titulaire d'un permis C, a déposé le 24 septembre 2012 une demande de moyens auxiliaires (remise d'un fauteuil roulant) en faisant état de fractures de la rotule, du radius discal (recte : distal) gauche et des côtes 2, 3, 5, 7, 8 et 9 gauche, survenues le 18 juillet 2012 à la suite d'un accident au [...], lors duquel le véhicule dont elle était passagère arrière a été percuté frontalement par un camion circulant en sens inverse.

L'assurée a séjourné du 20 juillet au 20 août 2012 auprès du Département de l'appareil locomoteur (DAL) au CHUV, puis a été transférée au Service de rhumatologie.

Le 6 septembre 2012, le Professeur E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de fractures du cotyle, du radius distal gauche et des côtes 2, 3, 5, 7, 8 et 9 gauche, de pneumothorax gauche avec épanchement pleural bilatéral, d'hématome sous-dural de la tente du cervelet et de la faux du cerveau, de lésion du sciatique poplité externe (SPE) gauche post-traumatique et d'anémie post-opératoire, les opérations réalisées étant une réduction ouverte et ostéosynthèse (ROOS) du cotyle gauche et une ROOS par plaque palmaire du radius gauche.

Le 29 octobre 2012, le Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale et en gériatrie, a posé les diagnostics de fracture transverse et du mur postérieur du cotyle gauche traitée par ROOS le 25 juillet 2012, d'hématome sous-dural de la tente et de la faux du cervelet traité conservativement, de pneumothorax gauche post-traumatique léger plus épanchement pleural des deux côtés avec emphysème sous-cutané et fracture des côtes 2, 3, 5, 7, 8 et 9 gauche, avec traitement conservateur, de lésion du SPE gauche post-traumatique traitée par attelle anti-équin et de fracture diaphyso-métaphysaire du radius distal gauche

traitée par plaque palmaire le 25 juillet 2012 en relevant qu'en raison de la présence d'une fracture diaphyso-métaphysaire du radius distal gauche ainsi que d'une fracture transverse et du mur postérieur du cotyle gauche, l'assurée nécessitait un fauteuil roulant pour se déplacer, pour une durée de deux à trois mois.

Par décision du 12 mars 2013, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a refusé le fauteuil requis, dans la mesure où la durée d'utilisation était estimée à deux ou trois mois.

b) Le 22 avril 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations AI pour adultes tendant à l'octroi d'une rente, en indiquant avoir travaillé en qualité d'aide domestique à « 50-60% » à compter du 1^{er} novembre 2011 pour le compte de B.A._____, pour un revenu brut mensuel de 2'000 francs. L'atteinte remontait au 18 juillet 2012, date dès laquelle l'incapacité de travail avait été totale. L'assurée précisait encore être suivie depuis le 8 janvier 2013 par le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie.

Sur le formulaire de détermination du statut du 30 avril 2013, l'assurée a indiqué que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 50-60% depuis novembre 2011 comme aide à domicile/aide au ménage et aux soins, par intérêt personnel, précisant qu'elle s'occupait de sa belle-sœur handicapée.

Dans la fiche d'examen du dossier du 6 mai 2013, l'OAI a relevé que selon un entretien téléphonique avec son mari, l'assurée était toujours sous contrat avec sa belle-sœur (l'époux de l'assurée étant le tuteur de B.A._____), à un taux de 50 - 60%, sans une reprise d'activité de prévue. Elle occupait cet emploi à raison d'environ quatre heures par jour depuis le 1^{er} novembre 2011 (cf. « IP - Rapport initial » du 5 septembre 2013, p. 2).

Selon l'extrait de son compte individuel (CI) AVS, l'assurée avait travaillé en 2001 et 2002, réalisant des revenus de 4'000 fr., respectivement 3'000 fr., puis avait été inscrite comme personne sans activité lucrative de 2002 à fin octobre 2011, réalisant un revenu de 4'000 fr. ensuite pour les mois de novembre et décembre 2011.

Dans son rapport à l'OAI du 5 mai 2013, la Dresse V._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant depuis le 22 janvier 2008, a posé comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail un polytraumatisme suite à un accident de la circulation au [...] en juillet 2012, des *monoclonalgammopathies of undetermined signifiante* (MGUS) à IgG Kappa chronique stable, des lombosciatalgies chroniques et un état anxio-dépressif chronique et ceux sans effet sur la capacité de travail d'hystérectomie sur fibrome en 1997, de cholécystectomie en 2011 et d'épigastralgies récurrentes. La patiente était toujours sous le choc (tristesse, difficulté à dormir) après cet accident. Les douleurs (abdominales, aux membres et à la colonne vertébrale) étaient toujours présentes mais semblaient s'estomper progressivement avec le temps. Sur le plan orthopédique, une très bonne récupération était attendue alors que moralement, l'assurée avait de la peine à récupérer. Pour la Dresse V._____, l'incapacité de travail était totale dans la profession habituelle depuis l'accident du 18 juillet 2012.

Les 22 février et 22 mai 2013, le Dr I._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait part d'une évolution satisfaisante des opérations chirurgicales réalisées à la hanche et au poignet gauche de l'assurée en juillet 2012, relevant que les douleurs encore présentes étaient en régression, avec un status « grossièrement dans la norme » compte tenu des fractures. Sur le plan radiologique, il n'avait pas observé de déplacement secondaire tant au niveau du poignet que du cotyle. Le prochain contrôle était prévu à un an post-ostéosynthèses.

Le Dr D._____ a diagnostiqué le 30 mai 2013 dans un rapport à l'assureur-accidents (en l'occurrence, la caisse supplétive) un

épisode dépressif moyen à sévère sans symptômes psychotiques et un état de stress post-traumatique. Ce psychiatre relevait que sa patiente avait développé, dans les suites de l'accident dont elle avait été victime avec d'autres membres de sa famille, un trouble dépressif et un état de stress post-traumatique. Son état demeurait fluctuant, le médecin espérant toutefois parvenir à une amélioration notamment par un ajustement du traitement psychotrope (Cipralex® 10mg [1cpr./j.] et Zoldorm® 10mg [1 cpr./j. en réserve]) sans exclure un risque de passage à la chronicité compte tenu de la gravité de l'accident et de ses conséquences tant au niveau individuel que sur le plan familial.

Selon un rapport adressé à l'OAI le 7 août 2013, le Dr D._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F32.0) et d'état de stress post-traumatique (F43.1) en renvoyant l'autorité auprès du médecin traitant s'agissant des diagnostics somatiques. Il a indiqué en plus des douleurs une perturbation de la vie socio-professionnelle qui se manifestait surtout par une perte de tout intérêt de l'assurée à son travail. Pour le Dr D._____, la description d'une fatigue importante, d'une insomnie, de troubles de la mémoire et de difficultés de concentration entravait la reprise de la profession d'aide-soignante, sans qu'aucune activité adaptée n'entre alors en ligne de compte.

Selon un rapport « IP - Proposition de DDP » établi le 5 septembre 2013 par un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI, l'assurée, comme son entourage, n'envisageait aucune reprise d'activité, l'intéressée affirmant ne pas pouvoir suivre une mesure de réadaptation compte tenu d'un état de santé non stabilisé. Le collaborateur de l'OAI a relevé que le premier emploi en Suisse de l'assurée était celui d'aide aux soins à domicile pour sa belle-sœur handicapée, activité qu'elle exerçait depuis novembre 2012 (recte : 2011) au taux de 50%.

Selon le curriculum vitae de l'assurée au dossier, celle-ci avait œuvré en 2001-2002 comme femme de ménage, et à compter du 1^{er} novembre 2011 comme aide-soignante.

Dans son rapport du 28 octobre 2013 à la Dresse V._____, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait part d'une évolution « moyennement favorable » après fracture du cotyle et du radius distal gauche. Ses constatations étaient notamment les suivantes :

“J'ai vu la patiente susnommée à ma consultation du 21.10.2013, à presque une année et demi d'une fracture de cotyle à gauche et d'une fracture de radius distal gauche.

Au niveau du poignet, la fonction est complète. La fonction du pouce est sub-optimale et la patiente a un peu de mal à utiliser correctement la pince. Elle se plaint de légères hypoesthésies au début de la paume de la main. Elle se plaint de douleurs dorsales des métacarpiens 3, 4 et 5.

Radiologiquement, la fracture est consolidée et l'aspect du carpe semble satisfaisant.

Nous n'enlèverons pas la plaque car ceci ne changerait rien à la symptomatologie dorsale et résiduelle de sa main à mon sens.

Au niveau du cotyle gauche, la patiente se plaint d'une douleur plutôt dans la fesse après un moment en position assise, plutôt au pli inguinal et dans la fesse quand elle marche depuis 10-15 minutes. Ces douleurs semblent plutôt gênantes. La patiente est peu active. Elle se plaint de plus de douleurs sur le tendon d'Achille à droite et elle est au décours d'une fracture du pied dont je ne connais pas la nature. Cette dernière est en train de guérir à gauche.

Cliniquement, couchée, elle arrive à décoller le talon gauche du lit. Elle arrive à bouger la cheville gauche en flexion-extension et je peux lui faire des flexions de hanche à 90° des rotations internes à 20° et 40° en externe contre 40° en interne et 60° en externe à droite.

Radiologiquement, la fracture du cotyle est parfaitement consolidée L'ostéotomie du grand trochanter également et tout le matériel est en place. L'espace articulaire reste satisfaisant sur la face. [...]"

Le prochain contrôle radio-clinique de la hanche gauche de l'assurée était prévu à un an.

La Dresse R._____ du SMR (Service Médical Régional de l'assurance-invalidité) a résumé le dossier le 24 janvier 2014, et demandé

son complément par un rapport au Dr D._____ et au Dr F._____ du DAL, ainsi que par la production du dossier de l'assureur-accidents.

Dans son rapport à l'assureur-accidents du 5 février 2014, la Dresse V._____ a fait état de lombalgies chroniques et d'un état dépressif réactionnel à l'accident de juillet 2012, relevant que sa patiente, qui bénéficiait d'un soutien psychologique ainsi que d'un suivi orthopédique au CHUV, était encore choquée par l'accident. Elle n'avait pas repris son activité et déléguait la prise en charge de sa belle-sœur handicapée à domicile à une « autre femme ».

Le 6 mars 2014, le Dr D._____ a répondu comme suit au questionnaire adressé dans l'intervalle par le médecin-conseil de l'OAI :

- “1. Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?
 - Episode dépressif moyen à sévère.
 - Etat de stress post[-]traumatique.
2. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?
 - L'état psychique de la patiente demeure fluctuant avec des moments où on assiste à une légère diminution et des moments où il y a une exacerbation des symptômes dépressifs, avec notamment une grande tristesse et une grande fatigue.
3. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ?
 - 0% actuellement.
4. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?
 - Aucune activité n'est envisageable actuellement.
5. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?
 - Outre les douleurs, les vertiges et les difficultés de déplacement pour les moyennes et longues distances où elle a besoin de pauses fréquentes et d'utiliser la chaise roulante, la patiente se plaint d'une grande tristesse et d'une fatigue importante. Il y a une réduction considérable de son plaisir et de son intérêt à ses activités. D'autre part, il y a des troubles du sommeil fluctuants. On note également une difficulté de concentration et des troubles de mémoire.
 - Il y a une hypersensibilité au stress en lien avec l'état de stress post-traumatique. Les affaires administratives sont gérées par le mari.

6. Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?
 - 100% depuis le 19 [recte : 18].7.2012.
7. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?

Il s'agit d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique intégré de soutien incluant des entretiens réguliers et un traitement antidépresseur et somnifère. La compliance est bonne.”

Le 17 avril 2014, le Dr O. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, chef de clinique au DAL, a pour sa part répondu en ces termes aux questions de l'OAI :

- “1. Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?
 - Status post-traumatisme le 22 [recte : 18].07.2012 avec une fracture du cotyle à gauche et radius distal gauche.
 - Status post-réduction ouverte et ostéosynthèse du cotyle gauche.
 - Coxarthrose post-traumatique gauche débutante.
 - Lombosciatalgies gauches chroniques.
 - Nuqualgies chroniques avec torticolis à répétition.
2. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?

L'évolution est très lente. La patiente reste très doléante au niveau de sa hanche gauche. Selon elle, il y a très peu d'évolution depuis plusieurs mois.
3. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ?

0% depuis le 01.02.2014 jusqu'au 31.03.2014.
4. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ?

Je ne suis pas en mesure de répondre à cette question, je vous laisse évaluer ceci avec votre médecin[-]conseil.
5. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?

Les travaux debout et dans une position accroupie sont à déconseiller. Les travaux en position assise prolongée sont également à éviter.
6. Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?

A 100% depuis le 01.02.2014 jusqu'au 31.03.2014.
7. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?

La patiente a été envoyée à la consultation du Dr F. _____ en traumatologie au CHUV pour rediscuter une éventuelle indication à une arthroplastie totale de la hanche gauche. Elle a également été envoyée chez le Dr Q. _____, Unité du Rachis, pour évaluer ses lombosciatalgies et ses nuqualgies. Pour de plus amples précisions concernant la hanche qui est actuellement la plus

symptomatique, et sa colonne lombaire, merci de vous adresser aux deux médecins précités.”

Dans un rapport relatif à une IRM (imagerie par résonance magnétique) de la colonne lombaire du 17 avril 2014, les médecins du service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du CHUV ont conclu à l'absence de fracture et de rétrécissement canalaire ou foraminaire, à une discopathie L3-L4 ainsi qu'à une déchirure radiaire postéro-médiane des disques L3-L4 et L4-L5.

Le 30 avril 2014, la Dresse U._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, a fait état de lombalgies chroniques non spécifiques, en retenant sur le plan thérapeutique que l'assurée partait le 19 mai 2014 trois semaines en cure thermale à [...] où elle pourrait bénéficier d'une rééducation fonctionnelle du rachis. Pour la Dresse U._____, il était important qu'après cette cure thermale, l'assurée poursuive régulièrement le programme d'exercices enseignés par les physiothérapeutes. Le traitement rhumatologique consistait en de la physiothérapie active.

Le 6 juin 2014, la Dresse R._____ du SMR a estimé que la situation médicale n'était pas stabilisée, suggérant à l'OAI de compléter l'instruction par l'envoi de nouveaux rapports aux Drs Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et F._____ en vue de déterminer l'évolution sur le plan orthopédique, depuis novembre 2013, de la capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée avec les dates respectives. Il s'agissait également dans un premier temps d'interpeller le Dr D._____ afin d'élucider les motifs psychiatriques pour lesquels l'intéressée ne pouvait pas exercer une activité adaptée sans stress, sans rendement, même à un taux partiel. En second lieu, la Dresse R._____ se positionnerait sur les éléments nouvellement recueillis.

Dans son rapport au Dr C._____, médecin du Centre Médical de [...] et chef de clinique au DAL, du 6 juin 2014, le Dr Q._____ a notamment fait part de l'appréciation suivante du cas de l'assurée :

“Nous sommes donc en présence d'une patiente présentant des lombalgies chroniques.

Je n'ai aucune indication chirurgicale à proposer à cette patiente.

Je pense qu'une prise en charge globale comme celle qui est en cours doit être une solution. Peut[-]être que des infiltrations périurales pourraient améliorer la situation et permettre une réadaptation plus facile.

N'ayant pas de surcharge facettaire, je ne pense pas qu'une infiltration facettaire puisse améliorer la situation.”

Dans son rapport du 11 juin 2014 au médecin traitant, la Dresse W._____, spécialiste en médecine interne générale et en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics d'accident de circulation en 2012 (fracture de la cotyle gauche, fracture radiale et fractures costales), de chute en décembre 2013 (fracture métatarsienne 5 gauche) et de lombalgies chroniques accentuées par boiterie de décharge du membre inférieur gauche (troubles dégénératifs et discopathies étagées). Malgré une prise en charge assez intensive au Centre Médical de [...] depuis le 19 mai 2014, les résultats restaient très limités. Bien que l'assurée se soit vue enseigner des exercices de physiothérapie devant être poursuivis à domicile, il était souhaitable qu'elle puisse bénéficier d'un suivi thérapeutique hebdomadaire ou toutes les deux semaines afin de la stimuler à continuer cet effort régulier. La situation devait être réévaluée lors d'une prochaine consultation auprès de la Dresse V._____.

Le 13 octobre 2014, le Dr D._____ a répondu à l'OAI qu'il existait deux raisons principales à l'origine des limitations fonctionnelles psychiques responsables d'une incapacité de travail durable excluant l'exercice d'une activité adaptée. D'une part, dans les suites de son accident de la circulation, l'assurée avait développé un épisode dépressif ainsi qu'un état de stress post-traumatique et, d'autre part, une certaine sensibilité hépatique avec une intolérance à certains antidépresseurs accompagnée d'une élévation des transaminases limitait les possibilités thérapeutiques.

Dans son rapport à l'OAI du 25 novembre 2014, le Dr C._____ a fait part de son impossibilité d'estimer la capacité de travail de l'assurée tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée,

faute de disposer d'une évaluation idoine. A titre de limitations orthopédiques, ce médecin indiquait des postures assises limitées à quinze-vingt minutes et un périmètre de marche de vingt minutes au maximum, sans pouvoir se prononcer s'agissant des ports de charges. La poursuite du traitement physique était de mise avec l'indication éventuelle d'une désensibilisation par un ergothérapeute.

Le 12 février 2015, en l'absence de toute amélioration malgré un traitement à [...] et une prise en charge par l'Unité du Rachis, et compte tenu de la suspicion d'un syndrome somatoforme douloureux chronique et d'une pathologie psychiatrique associée, la Dresse R. _____ du SMR a proposé un examen (ou expertise) rhumatologique et psychiatrique.

Dans son rapport au médecin-conseil de l'assureur-accidents du 23 février 2015, la Dresse V. _____ a répondu en ces termes aux questions qui lui avaient été posées dans l'intervalle :

"1 - Rapport détaillé sur l'évolution du cas en considérant le résultat de la cure thermale :

Mme A.A. _____ a toujours les mêmes plaintes et douleurs articulaires et a plutôt trouvé une petite amélioration après la cure thermale. Cependant, selon la lettre de la Dr W. _____ du centre Médical de [...], il n'y a pas vraiment d'avantage de poursuivre les cures thermales, Mme devant faire des exercices réguliers en piscine tels qu'ils lui ont été enseignés.

2 - Incapacité de travail :

Mme A.A. _____ est mère au foyer et n'a pas d'activité professionnelle lucrative.

3 - A présent est[-]ce qu'une réinsertion dans la vie professionnelle est-elle prévue ?

Aucun projet de ce type n'est discuté lors des consultations, Mme n'ayant aucune profession."

L'assurée a été examinée le 28 mai 2015 par les Drs E.E. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, et I.I. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, au SMR, en présence d'un traducteur de langue albanaise. Dans leur rapport du 15 juin 2015, ces médecins ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgies

gauches non déficitaires dans le contexte d'une discopathie L3-L4, L4-L5 et surtout L5-S1 avec rétrolisthésis ancien à ce niveaux de grade I (M54.5) et de fractures du cotyle gauche, du grand trochanter gauche, du tiers distal du radius gauche le 18 juillet 2012, ostéosynthésées au CHUV le 25 juillet 2012 (S72.08, S52.50) et, sans effet sur la capacité de travail, de fractures des côtes II, III, V, VII, VIII, IX gauches le 18 juillet 2012 (S22.44), de lésion traumatique du nerf sciatique poplitée externe gauche le 18 juillet 2012 avec discrète parésies résiduelles (G57.3), de fracture de la base du 5^{ème} métatarsien gauche en août 2013 (S92.3), de cervicalgies (M54.2), de fibromyalgie (M79.0), d'état de stress post-traumatique en rémission, diagnostic anamnestique (F43.1), de dysthymie (F34.1) et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Ils ont en outre fait l'appréciation suivante du cas :

“Assurée de 53 ans, originaire du [...], bénéficiaire d'un permis C, sans formation professionnelle, qui a travaillé comme aide à domicile pour sa belle-sœur du 01.11.2011 au 18.07.2012, date de l'accident de la voie publique. Elle dépose sa 1^{ère} demande de réadaptation/rente le 22.04.2013 en raison des séquelles de cet accident.

Sur le plan rhumatologique, les lombalgies dont se plaint l'assurée sont anciennes et remontent à la période de sa troisième grossesse, c'est-à-dire en 1995. Ces douleurs se sont aggravées dans les suites de l'accident de voiture et, actuellement, l'assurée se plaint de douleurs fessières bilatérales, de douleurs au pied G [gauche] avec dysesthésies, qu'elle met en partie en lien avec les lombalgies, mais également avec la fracture du 5^{ème} métatarsien survenue en août 2013. Les lombalgies irradient vers la nuque et parfois vers le gros orteil sur un trajet qui n'est pas radiculaire, puisque l'irradiation peut être antérieure ou postérieure, allant toujours vers le gros orteil. L'accident de juillet 2012 a induit des fractures du côté gauche ; hanche (cotyle et grand trochanter), distale du radius et de six côtes. Les fractures de la hanche et du radius ont été ostéosynthésées au CHUV. Les contrôles radiologiques sont satisfaisants, puisque les fragments sont alignés et soudés et que le matériel d'ostéosynthèse est bien intégré.

L'assurée se déplace lentement, en se dandinant, sans franche boiterie de décharge G, comme on pourrait s'y attendre. Elle préfère utiliser l'ascenseur. Lors du recueil anamnestique, qui a duré 1 heure, l'assuré[e] n'a sans cesse changé de position, en se penchant fréquemment vers la D [droite], c'est-à-dire en déchargeant la hanche G. Elle s'est levée à deux reprises, moins de 1 minute, pour soulager son dos tout en le tenant avec les deux mains. Elle est d'allure triste. Elle comprend et répond bien aux questions simples. L'interprète est intervenue à plusieurs reprises, à chaque fois que nous avons eu l'impression qu'elle ne comprenait pas la question ou

lorsqu'elle ne pouvait pas répondre en français. Ses doléances ont donc été entendues. Après avoir énuméré celles-ci, nous lui avons demandé, à la fin de l'anamnèse et à la fin de l'examen, si elle avait encore d'autres doléances. Elle a répondu négativement. Les transferts assis-debout sont lents et elle s'aide en s'appuyant sur la table. Elle se déshabille partiellement debout et partiellement assise, sans épargne pour les membres supérieurs, ni pour le rachis, puisqu'elle se penche en avant lorsqu'elle tente d'enlever ses chaussettes en effectuant une flexion des hanches avec rotation externe.

Lorsqu'elle veut mettre ses chaussettes laissées par terre, elle nous demande de l'aide, ce que nous lui refusons puisqu'elle n'a eu aucunes difficultés pour se pencher en avant pour sortir la liste des médicaments de son sac, qui était par terre.

L'examen général révèle des conjonctives de coloration normale, c'est-à-dire qu'il n'y a pas actuellement d'anémie. L'assurée présente une obésité de classe I avec un poids de 80 kg et un BMI [Body Mass Index] à 32 kg/m². La tension artérielle humérale D est élevée à 160/90 mmHg, valeur qui mérite d'être contrôlée par le médecin traitant ou dans une pharmacie. La fréquence cardiaque est rapide à 86 battements/min, régulière. L'auscultation cardiaque est sp [sans particularités]. L'irrigation artérielle aux membres inférieurs est intacte. Il n'y a pas de varices. Il n'y a pas de signe d'insuffisance veineuse. Pas de nodule thyroïdien. L'ampliation thoracique est symétrique. L'auscultation pulmonaire est physiologique. L'abdomen est souple, sans organomégalie. Les cicatrices chirurgicales ombilicales, à l'avant-bras G et à la hanche G sont calmes, non adhérentes, ne s'accompagnant pas d'allodynie comme laisse l'entendre l'assurée, puisqu'à la palpation il n'y a aucun sursaut ni plaintes d'une sensation désagréable.

À l'examen neurologique, on observe tout d'abord à pied nus une marche qui s'effectue de nouveau en se dandinant, sans franche boiterie, qu'elle soit d'appui ou de décharge G ou de D. La vitesse est plus rapide dans la salle d'examen, que celle observée à l'accueil. Elle n'a aucune difficulté à marcher sur la pointe des pieds ou sur le talon D. Sur le talon G, on observe que la dorsiflexion de la cheville est moins bonne que du côté controlatéral, ce que nous expliquons par l'atteinte du nerf sciatique poplité externe survenu pendant l'accident.

L'examen de la sensibilité superficielle révèle un déficit hémicorporel D (visage, membres et tronc). Il n'y a aucun déficit sensitif dans le territoire du nerf sciatique poplité externe gauche, c'est-à-dire la partie latérale du pied, ni une hyposensibilité dans la région du gros orteil (racine L5 G). Les autres modalités de la sensibilité sont toutes conservées aux quatre extrémités (sens postural et vibratoire, discrimination thermique, graphesthésie).

Sur le plan moteur, la couverture musculaire est homogène chez cette droitière et le tonus est normal. Aux membres supérieurs, il n'y a aucun déficit de la force à tous les niveaux. Aux membres inférieurs, les contractions des muscles mobilisant les hanches et les genoux sont saccadées, mais finalement de force normale. La force est légèrement diminuée (M4) au niveau de la dorsiflexion du pied et

du gros orteil, correspondant à l'atteinte du sciatique poplité externe qui est, à presque trois ans de l'accident, séquellaire et irréversible. Cette atteinte n'a aucune incidence sur la capacité de travail, étant donné que l'assurée ne présente pas un pied tombant, c'est-à-dire paralysé en dorsiflexion. La force des moyens fessiers, notamment du côté G, est normale lors du test de Trendelenburg. Il n'y a donc pas de faiblesse malgré la voie d'abord chirurgicale pour stabiliser la cotyle. Lorsque nous demandons à l'assurée de s'accroupir, elle ne fléchit pas les genoux au-delà de 10-20°, prétextant des douleurs lombaires avec craquements et un sentiment de piqûres d'aiguilles. La coordination est intacte.

Au membre supérieur G, il n'y a pas d'éléments cliniques en faveur d'une atteinte du nerf médian suite à la fracture ou l'ostéosynthèse, puisqu'il n'y a aucun trouble de la sensibilité, aucun trouble de la motricité et aucune sécheresse cutanée traduisant une atteinte sympathique. Il n'y a pas non plus d'atteinte compressive du nerf cubital qui est éloigné de la zone opérée. Compte tenu des cervicalgies irradiant aux trapèzes et des lombalgies irradiant au membre inférieur G, nous recherchons une irritation tronculaire ou radiculaire cervico[-]brachiale, lombocrurale ou lombosacrée, recherches qui s'avèrent négatives avec des tests de Spurling, Lasègue, Bragard et Lasègue inversé. En ce qui concerne l'épreuve de Lasègue, les réponses sont contradictoires. Lors du premier examen assise, jambes au bord du lit, on a suspecté une probable irritation sciatique, puisque l'assurée ne pouvait pas tendre complètement la jambe G, ni passivement. Lors du slump test, c'est-à-dire en lui demandant de se pencher en avant en étant assise sur la table d'examen, les jambes tendues, elle décrit une douleur fessière postérieure bilatérale et la distance doigts-orteils est nettement moindre que la distance doigts-sol limitée par la douleur lombaire. Il s'agit là d'une incohérence.

A l'examen des amplitudes rachidiennes et articulaires, qu'elles soient actives ou passives, on observe une autolimitation et une kinésiophobie. A son insu, les mobilités sont nettement meilleures que lorsque nous nous concentrons sur un mouvement quelconque. Au niveau cervical, les douleurs à la palpation des trapèzes et de l'occiput rentrent dans le cadre des points de Smythe. Volontairement, on obtient 60° de rotation externe, 50° d'inclinaison latérale G et 30° d'inclinaison latérale D, limitées par des douleurs. La flexion est quant à elle normale à 50° et l'extension à 40° (amplitudes flexion-extension de 90°) avec une distance menton-sternum de 15 cm, normale.

A l'examen du rachis dorsolombaire, l'assurée peine à rester sans bouger pour que nous puissions effectuer les mesures des flèches de Forestier. Elle bascule tantôt à D, tantôt à G en se penchant légèrement en avant. En insistant à ce qu'elle se tient droite, nous obtenons des ceintures scapulaire et pelvienne d'aplomb. On observe une discrète attitude scoliotique dorsolombaire en S inversé, compensée, puisque le fil à plomb est centré lors de la mesure des flèches sagittales qui sont à 8-7-5-8-0 cm, valeurs supérieures à la norme, puisqu'elle est penchée légèrement vers l'avant. A la flexion antérieure du tronc, le rythme lombo-pelvien est conservé, mais la distance doigts-sol ne dépasse pas 37 cm et le Schober lombaire évolue de 10-13 cm. Les mouvements en

latéroflexion et rotation axiale sont douloureux en fin de course, autolimités à 20° sauf pour l'inclinaison latérale G qui est de 15°. La palpation musculaire paravertébrale est douloureuse dans la région lombaire, tout comme la percussion des apophyses épineuses.

Les épaules sont indolores à la palpation. La mobilité volontaire est limitée, selon l'assurée, par les douleurs lombaires. Les amplitudes sont physiologiques à 45° de rotation externe, 160° d'antéflexion et d'abduction. La distance pouce-C7 est symétrique. Il n'y a aucun élément pour un conflit sous-acromial ou antérieur de l'épaule ou une lésion de la coiffe des rotateurs, les différents tests étant tous négatifs (Neer, Hawkins, Jobe, palm-up, Yocum, belly press, Patte).

Les coudes présentent un aspect symétrique. Ils sont indolores à la palpation. La flexion-extension est symétrique est à 130-0-0°. Il en est de même pour la prosupination qui est à 80-0-90°. Il n'y a donc pas de limitations des mouvements de l'avant-bras.

L'inspection des poignets et mains ne révèle pas de tuméfaction ou de signe arthrosique des petites articulations des mains. La palpation est douloureuse à G en regard de la plaque d'ostéosynthèse. La mobilité est asymétrique. A D, elle est normale avec une flexion dorsale-palmaire à 70-0-60° et une déviation radio-cubitale à 40-0-40°. Le mouvement est diminué à G respectivement de 10-0-30° et 15-0-10°. La mobilité des doigts est normale. La force de préhension l'est également.

Les membres inférieurs ont une longueur symétrique de 80 cm. La palpation des grands trochanters est douloureuse ddc [des deux côtés] avec sursauts. Lors de la première mesure, tous les mouvements passifs de la hanche G sont limités et douloureux. Nous expliquons à l'assurée que nous respectons la douleur et ne voulons pas aller au-delà lors de l'examen passif et lui demandons de se détendre, ce qu'elle fait. La mobilité des hanches sera alors symétrique avec une flexion-extension de 110-0-10°, une rotation interne-externe à 50-0-40°, une abduction-adduction à 40-0-20°. Au test de Patrick, l'assurée annonce une douleur lombaire ddc. De nouveau, la distance condyle externe — plan du lit sera fortement limitée lors de la première mesure à 19 cm à D et 33 cm à G. A la deuxième, on obtient 16 cm à D pour 22 cm à G. L'asymétrie en défaveur du côté G, s'explique en partie par le status post-opératoire.

L'examen des genoux révèle un conflit fémoro-rotulien par un test de Zohlen positif. Sinon, la mobilité est symétrique et les genoux sont secs, sans aucune instabilité. Les chevilles et pieds ont un aspect symétrique. La voûte plantaire est conservée ddc. Il n'y a pas d'éléments pour une inflammation du tendon d'Achille. L'absence de douleurs à la marche sur les talons exclut la présence d'un éperon calcanéen inflammatoire. La douleur diffuse du pied G à la palpation et lors du test de Gaenslen s'explique, selon l'assurée, par la fracture du 5^{ème} métatarsien ancienne. Il s'agit-là d'une nouvelle incohérence, puisque la fracture date de presque deux ans, fracture qui, en général, se consolide au bout de 2 voire trois mois au maximum.

Compte tenu des douleurs axiales et du membre inférieur G, diffuses, nous recherchons les signes de non-organicité. Nous retrouvons les cinq décrits par Waddell et les deux décrits par Kummel chez les lombalgiques. Compte tenu de l'hyposensibilité hémi[-]corporelle D et les incohérences observées, nous recherchons les points de Smythe décrits dans la fibromyalgie. Nous les retrouvons tous, ainsi que de quatre symptômes d'accompagnement (douleurs générales à prédominance axiale, gonflement des mains, fatigue, mauvais sommeil). Nous retenons donc le diagnostic de fibromyalgie.

Sur le plan radiologique lombaire, la Dresse U. _____ décrit dans son rapport du 30.04.2014 que les clichés de 2006 avaient mis en évidence les discopathies L2-L3, L4-L5 et surtout en L5-S1 associées à un rétrolisthésis de L5 sur S1 du 1^{er} degré. Le CT-scan initial du corps entier, effectué au CHUV en juillet 2012, montre effectivement une discopathie L5-S1 avec le rétrolisthésis connu. Nous n'avons pas à disposition d'autres clichés de la colonne lombaire. Nous n'avons pas jugé utile d'exposer l'assurée aux rayons X pour la problématique lombaire, les éléments anamnestiques et cliniques en notre disposition étant suffisant[s] pour retenir des limitations fonctionnelles pour le rachis lombaire. Les différents clichés de la hanche et du radius G avant et après l'ostéosynthèse montrent un excellent alignement des fractures avec consolidation et intégration du matériel d'ostéosynthèse, sans signe de descellement. Pour le pied G, nous n'avons que la radiographie lors de la fracture du 5^{ème} métatarsien qui est en fait partielle. Il n'y a pas de clichés confirmant la consolidation, pratique souvent renoncée par les médecins puisque la consolidation s'effectue favorablement, sans déplacement du fragment. Nous n'avons pas jugé utile non plus d'effectuer un cliché pour le pied G, ni d'ailleurs de clichés pour la colonne cervicale, étant donné que la mobilité est bonne, sauf en latéroflexion D (-20°), asymétrie nuancée par l'autolimitation, d'autant plus qu'il n'y a aucun signe d'appel, que ce soit pour la région cervicale ou lombaire en faveur d'une irritation ou déficit radiculaire qui aurait certainement motivé non pas seulement des radiographies, mais également des IRM.

En conclusion, cette assurée de 53 ans souffre de lombalgies depuis 1995. Les douleurs se sont aggravées dans les suites de l'accident de juillet 2012 avec actuellement des douleurs fessières bilatérales et de la jambe G diffuses, ne respectant pas un trajet radiculaire particulier, douleurs non déficitaires sur le plan neurologique. Les fractures des côtes sont actuellement consolidées. L'assurée ne se plaint pas de douleurs respiro-dépendantes. L'évolution de ces fractures est en général excellente en moins de deux mois. Pour les fractures du cotyle et du trochanter G, ainsi que du radius G, la situation est tout-à-fait satisfaisante, puisque les fragments sont bien alignés et que l'os est consolidé. Il n'y a aucun rejet du matériel d'ostéosynthèse. Les douleurs au poignet G peuvent s'expliquer par la plaque. D'après l'assurée, lors de la consultation d'avril 2015 le Dr F. _____ lui a proposé de l'enlever si elle la gênait beaucoup, ce que l'assurée refuse actuellement par crainte de complications. L'ablation de la plaque et des vis est exigible si l'assurée continue de se plaindre de son poignet G et si la douleur devait la gêner dans une activité lucrative quelconque. Pour cette problématique, nous

retenons également des limitations fonctionnelles qui ne seront plus d'actualité dès l'ablation de la plaque.

Notre examen diffère de celui de la Dresse U. _____, dans le sens qu'il est meilleur, puisque nous obtenons une mobilité symétrique des hanches, ce qui n'était pas le cas le 30.04.2014. La mobilité lombaire est également meilleure.

L'examen met en évidence un début de conflit fémoro-rotulien bilatéral, qui n'est en soit pas incapacitant. En effet, l'assurée n'est pas gênée par les genoux lors de l'utilisation des escaliers ou lors de la marche, mais c'est plutôt une gêne liée à la hanche et au dos.

Notre examen est parasité par plusieurs incohérences et autolimitations. Nous reconnaissons des limitations fonctionnelles pour le rachis lombaire, la hanche et le poignet G. Dans une activité adaptée, compte tenu des lombalgies, douleurs dans la région de la hanche et du poignet, nous estimons la capacité de travail exigible de 70 % avec un rendement entier. La limitation de 30 % permet à l'assurée de changer de position et de se reposer.

Sur le plan psychiatrique, notre assurée, âgée actuellement de 53 ans, n'a pas d'antécédents psychiatriques et son état n'a pas nécessité de prise en charge ambulatoire ou hospitalière.

En juillet 2012, pendant ses vacances au [...], l'assurée est victime d'un accident de la circulation. Depuis lors, elle présente une incapacité de travail à 100 % en raison de sa pathologie somatique. Bien qu'elle se décrit, pendant l'accident, somnolente ou presque endormie et ensuite elle aurait perdu connaissance, l'assurée aurait pu développer un état de stress post-traumatique actuellement en rémission. La période séparant la survenue d'un traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois, mais il est rare qu'elle dépasse six mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années et conduire à une modification durable de la personnalité, diagnostic qui n'a pas été objectivé.

Depuis le 22.01.2013, l'état de l'assurée, qui développe une symptomatologie anxio[-]dépressive, nécessite une prise en charge psychiatrique ambulatoire auprès du Dr D. _____, psychiatre FMH à [...], qui dans son rapport médical du 07.08.2013 retient les diagnostics de : épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, état de stress post-traumatique. A l'époque, l'assurée bénéficie également d'un traitement antidépresseur (Cipralax® 10 mg 2 cp/jour) et hypnotique (Imovane® 1 cp au coucher). Dans le rapport médical du 06.03.2014, le psychiatre traitant retient les diagnostics de : épisode dépressif moyen à sévère, état de stress post-traumatique et atteste une capacité de travail exigible de 0 % dans toute activité.

Selon notre assurée, sur le plan psychiatrique, son état s'aggrave et, à ce jour, elle se décrit comme très déprimée et angoissée, symptomatologie qui n'a pas été objectivée à l'examen clinique. Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de

trouble panique, de trouble de la personnalité morbide, d'état de stress post-traumatique qui est en rémission, de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, de trouble obsessionnel compulsif, de trouble dissociatif, de perturbation de l'environnement psychosocial, ni de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant.

Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de dysthymie, qui est une dépression chronique de l'humeur, mais dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. Le diagnostic repose sur une évolution fluctuante de la symptomatologie dépressive, attestée par ailleurs par le psychiatre traitant, et un sentiment de fatigue. Tout lui coûte et rien ne lui est agréable. L'assurée rumine, se plaint, dort mal et perd confiance en elle-même. En général, les patients souffrant de dysthymie sont capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne. Notre assurée n'assume plus son ménage et ceci en raison de ses douleurs chroniques. La dysthymie ne représente pas une pathologie psychiatrique à caractère incapacitant.

Le diagnostic d'état de stress post-traumatique, retenu par le psychiatre traitant, est en rémission. A l'examen clinique de ce jour, nous n'avons pas objectivé des symptômes typiques en faveur d'un tel diagnostic. L'assurée présente encore des cauchemars, où elle entend les bruits de l'accident, mais ceci a beaucoup diminué. Selon la CIM-10, la période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois, mais il est rare qu'elle dépasse six mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas.

Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses [années] et conduire à une modification durable de la personnalité, qui n'a pas été objectivé[e] à l'examen clinique de ce jour.

Or, l'assurée ne présente pas d'attitude hostile et méfiante, de retrait social, de sentiment de vide, l'impression permanente d'être sur la brèche, comme si on était constamment menacé, ni de détachement, en faveur d'un diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe.

L'assurée présente une amplification de ses plaintes somatiques, accompagnées d'un sentiment de détresse et d'un comportement algique, dans le cadre d'un diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, qui est caractérisée par la présence de symptômes physiques compatibles avec un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient. Actuellement, ce diagnostic n'est pas accompagné d'une comorbidité psychiatrique manifeste, d'une perte d'intégration sociale, dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé. Selon la jurisprudence actuelle, les critères de sévérité ne sont pas réunis.

En conclusion, sur le plan purement psychiatrique, actuellement l'assurée ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique aiguë ou chronique à caractère incapacitant et la capacité de travail exigible

est de 100 % dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques.

Limitations fonctionnelles

Sur le plan rhumatologique :

- Rachis lombaire : éviter le port de charges supérieures à 8 kg, éviter les positions en porte-à-faux, éviter les activités exclusivement assise ou debout et privilégier les activités en position alternée avec changement de position 2 x/heure ou librement.
- Hanche G : éviter la marche sur terrain irrégulier, éviter les activités accroupie ou à genoux, éviter l'utilisation répétée des escaliers.
- Poignet G : éviter les activités répétées en flexion-extension ou déviation radio-cubitale du poignet.

Sur le plan psychiatrique, l'assurée ne présente actuellement pas de limitations fonctionnelles à caractère incapacitant.

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

Sur le plan rhumatologique, l'incapacité de travail est totale depuis le 18.07.2012, date de l'accident, selon le rapport du Dr I. _____ du 22.02.2013 à l'attention de la [...].

Sur le plan psychiatrique, l'assurée présente une incapacité de travail à 100 % depuis le 19.07.2012, voir le rapport médical du psychiatre traitant.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Sur le plan rhumatologique, selon le rapport de consultation orthopédique du 28.10.2013, à presque une année et demie des fractures, le Dr F. _____ constate une bonne fonction du poignet gauche avec une fonction sub-optimale du pouce, la consolidation des fractures avec bonne intégration du matériel d'ostéosynthèse.

Nous considérons la situation stabilisée à cette date avec une capacité de travail dans une activité adaptée exigible à 70% avec un rendement entier. Nous diminuons la capacité de travail de 30% compte tenu des douleurs et limitations fonctionnelles.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée sur le plan rhumatologique par la tolérance mécanique du rachis lombaire, de la hanche et du poignet G.

En ce qui concerne le rachis lombaire, l'atteinte est ancienne, aussi bien subjective qu'objective, puisque la rhumatologue traitante avait déjà noté en 2006 des discopathies notamment en L5-S1 avec rétroisthésis de grade I. Sur le CT-scan effectué au CHUV, on retrouve cette anomalie. Ces troubles dégénératifs sont susceptibles d'induire des douleurs lombaires lors des contraintes. Pour diminuer la fréquence de ces épisodes douloureux et leur intensité, l'assurée

a tout intérêt d'optimiser son poids et de se soumettre à un programme de reconditionnement avec enseignement des mesures ergonomiques pour le rachis.

En ce qui concerne la problématique de la hanche G, nous n'avons pas à disposition le dernier rapport de consultation du Dr F. _____ d'avril 2015, ni les résultats des clichés effectués au CHUV lors de ce contrôle. On peut concevoir des douleurs résiduelles en lien avec le matériel d'ostéosynthèse et l'éventuel conflit avec les structures molles avoisinantes lors des différents mouvements. C'est pour cela que nous retenons des limitations fonctionnelles et limitons la capacité de travail.

En ce qui concerne le radius G qui est actuellement bien consolidé, la plaque provoque quelques douleurs au poignet. L'assurée déclare qu'elle refuse pour l'instant d'enlever cette plaque, même si le Dr F. _____ le lui a proposé. Elle craint des complications. Si les plaintes persistent et entraînent une incapacité de travail ou une diminution du rendement, on peut alors exiger qu'elle se soumet[te] à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse de l'avant-bras G.

La lésion partielle séquellaire motrice du nerf sciatique poplité externe est sans conséquences sur la capacité de travail et n'a pas de conséquences fonctionnelles non plus, puisque l'assurée ne présente pas de pied tombant. Les anciennes fractures des côtes G et du 5^{ème} métatarsien sont actuellement consolidées et ne peuvent être source de douleur. Elles n'entraînent aucune limitation fonctionnelle ou incapacité de travail.

Sur le plan psychiatrique, à l'examen clinique de ce jour, la capacité de travail exigible est de 100 % dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques.

Capacité de travail exigible

Dans l'activité habituelle d'aide à domicile : 0 %

Dans une activité adaptée : 70 %

Depuis le : novembre 2013."

L'assurée a été réexaminée par la Dresse I.I. _____, en présence d'une traductrice de langue albanaise, le 31 août 2015. Dans son rapport du 7 septembre 2015, la Dresse I.I. _____ n'a retenu aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Sans effet sur la capacité de travail, elle a retenu ceux d'état de stress post-traumatique en rémission, diagnostic anamnestique, de dysthymie d'intensité légère (F34.1) et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). La Dresse I.I. _____ a en outre fait l'appréciation suivante du cas :

“Sur le plan psychiatrique, l'examen clinique de ce jour est superposable à celui du 28.05.2015 et nous avons retenu les diagnostics de dysthymie d'intensité légère, majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques et état de stress post-traumatique, en rémission, diagnostic anamnestique.

Selon la nouvelle jurisprudence actuelle, le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques est d'intensité légère à moyenne car les douleurs chroniques empêchent l'assurée d'assumer les activités de la vie quotidienne. Bien que la belle-fille s'occupe de tout à la maison, comme c'est la coutume, l'assurée déclare qu'elle n'arrive plus à assumer ses responsabilités, qu'elle reste clouée au lit une bonne partie de la journée, qu'elle sort rarement et que sa vie sociale a beaucoup changé. Cependant, l'assurée sort faire des promenades, accompagnée de sa belle-fille, sort faire les courses avec sa famille, à la [...] ou à la [...], en voiture, il y a 4 mois, l'assurée est allée en voiture avec son mari voir sa sœur en [...], elle a passé 3 semaines de vacances au [...] en août 2015.

Selon la nouvelle jurisprudence, l'abandon de la présomption du caractère surmontable de la douleur n'a pas d'influence sur l'exigibilité et la nécessité d'une preuve objective, que l'assurée souffre actuellement de troubles psychiques aigus ou chroniques à caractère invalidant ne représente plus une priorité.

Vu que l'assurée ne présente pas de troubles de la personnalité morbide, que sa vie sociale est pauvre en raison de difficultés linguistiques, l'assurée étant bien soutenue par sa famille, que ses ressources d'adaptation sont préservées, qu'elle présente les mêmes plaintes depuis plusieurs années, que l'assurée présente une amplification de ses plaintes et une démotivation importante, sont les raisons pour lesquelles le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques n'a aucune incidence sur la capacité de travail.

L'amplification verbale de ses plaintes somatiques n'est pas accompagné[e] d'un sentiment de détresse, de souffrance objectivable à l'examen clinique ni d'un comportement algique.

La vie quotidienne de ce jour est superposable à celle du 28.05.2015. L'assurée est aidée par sa famille, surtout sa belle-fille, qui assume les responsabilités ménagères.

Dans la vie quotidienne, il ressort que l'assurée bénéficie des ressources mobilisables, notamment le soutien de sa belle-fille, mais également de ses enfants et son mari.

Vu la démotivation de l'assurée, qui se positionne dans un rôle d'invalidé, il est difficile d'évaluer son comportement dans un programme de réadaptation professionnelle, qu'elle devrait essayer.

L'amélioration de la symptomatologie dépressive, dans le cadre d'une dysthymie et de l'état de stress post-traumatique en rémission complète représente un succès du traitement mis en place.

Or, l'examen clinique psychiatrique est parasité par des incohérences, des amplifications et l'absence de souffrance objectivable.

En conclusion, sur la base de l'examen clinique psychiatrique et rhumatologique du 28.05.2015 et l'examen psychiatrique du 31.08.2015, l'amélioration clinique, objectivée le 28.05.2015, est durable et ne justifie plus une diminution de la capacité de travail, qui est entière dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques.

Par conséquent, depuis le 28.05.2015, la capacité de travail exigible est de 100 %.

Limitations fonctionnelles

Il n'y a pas de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant.

- L'âge, l'absence de formation professionnelle, les difficultés linguistiques, la démotivation ne font pas partie du domaine médical.

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

Sur le plan psychiatrique, l'assurée présente une incapacité de travail à 100 % depuis le 19.07.2012.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Sur la base de l'examen clinique psychiatrique du 28.05.15 et du 31.08.2015, l'état de l'assurée s'est amélioré de façon durable et ne justifie plus une diminution de la capacité de travail, qui est entière dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques.

Capacité de travail exigible

Dans l'activité habituelle : 100 %

Dans une activité adaptée : 100 %

Depuis le : 28.05.2015."

Le 16 octobre 2015, la Dresse R. _____ du SMR a estimé ne pas avoir de raisons de s'écarter des conclusions des examinateurs du SMR, estimant la capacité de travail de l'assurée à 70% dans une activité adaptée à sa formation et à ses motivations, respectant ses limitations fonctionnelles, et ce dès le 28 mai 2015.

Une enquête économique sur le ménage a été mise en œuvre au domicile de l'assurée le 18 janvier 2016. S'agissant du statut, l'enquêtrice a relevé ce qui suit :

“Sur le formulaire 531bis complété le 30.04.2013, l'assurée indique que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative entre 50 et 60 % comme aide à domicile, soins et ménage par intérêt personnel.

Selon le rapport employeur (mari de l'assurée), elle travaillait environ 4h/jour depuis le 01.11.2011 ce qui correspond à un 50 %.

Motivation du statut :

Lors de l'entretien, l'assurée déclare qu'en bonne santé elle travaillerait à 100 % pour des raisons économiques. Elle et son mari expliquent que si leurs enfants n'habitaient plus avec eux ces derniers ne pourraient plus les aider financièrement, car ils devraient subvenir à leur propre charge.

A la question de savoir quelle activité elle aurait exercée pour compléter son taux d'activité elle répond que comme elle est couturière de formation, elle aurait pu faire des travaux de couture à la maison.

Lors de son accident, l'assurée avait une activité rémunérée à un taux de 50%; ses enfants étaient grands, elle aurait donc déjà pu mettre en valeur sa formation de couturière à domicile avant son accident, la situation financière du couple étant déjà serrée. Dès lors il est difficile de défendre un statut de personne active à 100 % pour cette assurée qui, depuis son entrée en Suisse en 1996, n'a jamais travaillé. Selon les CI, elle a effectué des heures de ménage pour des privés entre avril 2001 et juin 2002. Depuis cette date, elle a toujours cotisé comme PSA [personne sans activité lucrative] jusqu'à fin octobre 2011.

Statut proposé par l'enquêtrice :

Au vu de la situation professionnelle qui prévalait avant l'atteinte à la santé et des explications apportées ci-dessus, il est proposé d'admettre un statut de personne

50 % ACTIVE - 50 % MENAGERE

Il a été expliqué à l'assurée et à son mari, qu'au vu de leur situation avant l'accident, il est difficile de proposer un statut autre que celui qui correspond au taux d'activité exercé avant 07.2012. Ne pouvant argumenter davantage ce point, le couple se range à notre proposition.”

L'enquêtrice de l'OAI a pour le surplus estimé que les empêchements dus à l'invalidité dans la part ménagère s'élevaient à 31,15%, étant précisé que lors de son évaluation, une aide raisonnablement exigible a été prise en compte de la part des enfants et de la belle-sœur faisant ménage commun avec l'assurée et qu'une aide de

la part du mari a également été retenue pour accompagner sa femme lors de petites courses.

Par projet de décision du 15 mars 2016, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui accorder trois quarts de rente d'invalidité du 1^{er} octobre 2013 au 31 août 2015, avec la motivation suivante :

“Résultat de nos constatations :

Depuis le 18 juillet 2012 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

Selon nos observations, vous continueriez d'exercer votre activité d'aide domestique à 50% sans problèmes de santé. Les 50% restants correspondent à vos travaux habituels.

Selon l'enquête ménagère qui a eu lieu à votre domicile le 18 janvier 2016, l'empêchement dans la tenue de votre ménage est de 31.15%, ce qui donne un degré d'invalidité de 15.60% pour la part ménagère.

Du point de vue médical, votre dossier a fait l'objet d'un examen approfondi par le Service médical régional.

Vous avez notamment été convoquée par le Service Médical Régional le 31 août 2015 en vue d'une expertise médicale du fait que les renseignements médicaux en notre possession n'étaient pas suffisants pour se déterminer.

Au vu de ce qui précède, force est de constater qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 18 juillet 2013, votre incapacité de travail était toujours totale, ce qui donne un degré d'invalidité de 50 % pour la part active.

Le degré d'invalidité résultant des deux domaines est le suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	50%	100%	50%
Ménagère	50%	31.15%	<u>15.60%</u>

Degré d'invalidité 66 %

Un degré d'invalidité de 66 % ouvre le droit à un trois quart[s] de rente.

Toutefois, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter du dépôt de la demande de prestations.

Vous avez déposé votre demande le 22 avril 2013. La prestation ne peut être allouée que dès le 1^{er} octobre 2013.

Par ailleurs, si la capacité de travail s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement modifie, le cas échéant, le droit à la rente dès qu'il a duré trois mois.

Selon les pièces médicales portées au dossier, il ressort que dès mai 2015 une capacité de travail de 70 % peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles (rachis lombaire: pas de port de charges de plus de 8kg, position en porte-à-faux, alternance des positions avec changement 2 fois/heure ou librement, hanche G, éviter la marche sur terrain irrégulier, les activités accroupie/à genoux, utilisation répétée des escaliers, poignet G, activités répétées en flexion-extension ou déviation cubitale du poignet, pas de limitations fonctionnelles psychiatriques).

Pour déterminer la perte économique que vous subissez, il convient de comparer le revenu que vous pourriez réaliser en bonne santé, soit CHF 24'385.00 comme aide domestique à 50 % en 2015, avec le revenu auquel vous pourriez prétendre dans une activité adaptée (travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement, ouvrier dans l'usinage sur machine préréglée).

[...]

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2012, CHF 4'140.00 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2012, TA1; niveau de compétence 1).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2012 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'315.95 (CHF 4'140.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 51'791.40.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2012 à 2015 (+ 1.6%; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 52'623.38 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 50 %, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 26'311.69 par année.

[...]

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 23'680.52.

Comparaisons des revenus :

sans invalidité	CHF 24'385.00
avec invalidité	CHF <u>23'680.52</u>

La perte de gain s'élève à CHF 704.48 = un degré d'invalidité de 2.89 %

Le degré d'invalidité résultant des deux domaines est le suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	50%	2.89%	1.45%
Ménagère	50%	31.15%	<u>15.60%</u>
Degré d'invalidité %			17

Un degré d'invalidité inférieur à 40 % n'ouvre pas le droit à une rente.

Notre décision est par conséquent la suivante :

A partir du 1^{er} octobre 2013, soit six mois après le dépôt de la demande de prestations AI, vous avez droit à un trois quarts de rente (degré d'invalidité de 66%).

Cette prestation est supprimée dès le 1^{er} septembre 2015, soit après le délai de 3 mois prévu à l'article 88a, al. 1, RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], précité."

Le 30 mars 2016, l'assurée, par son conseil l'avocat Gilles-Antoine Hofstetter, a formulé des observations sur ce projet de décision, qu'elle a complétées le 4 mai 2016. Elle a produit un rapport du 3 mai 2016 de la Dresse X._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, selon lequel cette médecin avait constaté les 25 avril et 2 mai 2016 que l'assurée se déplaçait avec difficulté et se plaignait de douleurs persistantes et invalidantes malgré la prise d'antalgiques mal supportés. Elle était décrite comme étant collaborante, orientée dans le temps et l'espace. Le discours était pénible et très ralenti, cohérent et centré exclusivement sur l'accident de juillet 2012, ses conséquences ainsi que sur elle-même et sa fille âgée de vingt-et-un ans qu'elle voyait dépourvue d'avenir socio-affectif en raison des lésions subies qui la défiguraient au visage. Hantée par les réminiscences de cet événement qui la préoccupaient en permanence, l'intéressée se « vivait comme déjà morte », passant ses journées alitée, ne sortant de chez elle qu'une à deux fois par semaine pour les courses et avec l'absence de notion de plaisir. Pour la DresseX._____, il n'était pas envisageable pour l'assurée, étant donné son état psychique actuel, d'exercer une quelconque activité lucrative. Une réévaluation de la situation était indiquée.

L'assurée a encore produit le 11 mai 2016 un rapport du 9 mai 2016 du Dr D._____, dans lequel il a relevé qu'en dépit d'une certaine fluctuation, le tableau clinique demeurait inchangé depuis le début du suivi à son cabinet avec un état de santé stationnaire. Au vu de ce tableau et des limitations fonctionnelles qui en résultaient, le Dr D._____ était d'avis que sa patiente présentait toujours une incapacité de travail à 100%. Selon lui, il y avait eu surestimation de la capacité de travail en l'évaluant à 70%. Le psychiatre traitant encourageait ainsi l'OAI à retenir une invalidité à la faveur de l'assurée en reconsidérant l'évaluation de mai 2015.

Par avis médical du 24 mai 2016, la Dresse R._____ du SMR a confirmé ses évaluations précédentes des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail exigible de la part de l'assurée dans une activité adaptée. Elle a relevé que les deux derniers rapports produits au dossier n'apportaient pas d'élément pour attester une modification et/ou une aggravation de l'état de santé psychiatrique et/ou somatique depuis l'expertise bidisciplinaire du 28 mai 2015 et la dernière évaluation psychiatrique d'août 2015.

Dans un nouveau rapport à l'intention du conseil de l'assurée du 12 mai 2016, le Dr C._____ a réitéré son impossibilité de se prononcer dès lors qu'il n'avait vu l'assurée qu'à une seule reprise le 1^{er} février 2016. S'il lui semblait difficile d'envisager une activité professionnelle, il précisait toutefois que cette question devait être approfondie par les médecins traitants.

Le 6 juin 2016, la Dresse R._____ du SMR a notamment fait les observations suivantes sur le rapport précité :

"[...] Les constatations du Dr C._____ (février 2016), « avec un examen neurologique rassurant », des « lombalgies chroniques dans le contexte de discrets troubles dégénératifs et dysbalances musculaires, et cervico-scapulalgies chroniques », atteintes compatibles avec un syndrome douloureux chronique, ont été déjà prises en considération lors de l'examen rhumatologique et

psychiatrique du 28.05.2015 ; selon la nouvelle jurisprudence (TF du 03.06.2015), en absence d'une comorbidité psychiatrique associée (notre cas), le syndrome douloureux chronique n'est pas incapacitant au sens de l'AI ; notre confrère, Dr C._____, n'apporte pas d'éléments nouveaux pour attester une aggravation ou un changement de l'état de santé de l'explorée depuis l'évaluation rhumatologique du mois de mai 2015 ; les conclusions des examens radiologiques effectuées en février 2016 (radiographie du bassin du 01.02.16 et radiographie colonne lombaire du 01.02.16) sont les mêmes que celles des imageries exécutées en 2015 (le 23.03.15) ; les limitations fonctionnelles ne sont pas contestées et il n'y a pas de proposition pour un éventuel séjour en milieu spécialisé.

En conclusion, nous n'avons pas de raisons de s'écarter/ou changer nos appréciations, détaillées dans le Rapport SMR du 16.10.2015, concernant la capacité de travail exigible de l'assurée, dans une activité adaptée et les limitations fonctionnelles ayant une répercussion sur sa capacité de travail."

Le 20 juin 2016, le conseil de l'assurée a produit un certificat de la Dresse S._____, spécialiste en médecine interne générale et en allergologie et immunologie, du 13 juin 2016. Ce document est libellé comme suit :

"Certificat médical

Ce certificat médical est établi à la demande de : A.A._____, née le [...].

Il s'agit d'une patiente de 54 ans, que je suis depuis février 2016.

Elle présente les diagnostics suivants:

- Status après polytraumatisme le 18.07.2012, avec:
 - fracture transverse et postérieure du cotyle gauche, traitée par ostéosynthèse
 - hématome sous-dural de la tempe et de la faux du cervelet, traité conservativement
 - hémopneumothorax avec fracture costale
 - lésion de sciatique poplitée externe gauche
 - fracture diaphyso-métaphysaire du radius distal gauche traitée par ostéosynthèse
- Lombalgies chroniques dans un contexte de troubles dégénératifs du rachis.
- Cervico-scapulalgies chroniques.
- Déconditionnement physique et syndrome douloureux diffus mal systématisé.
- Etat anxio-dépressif réactionnel.
- Hypertension artérielle traitée.
- Status après hystérectomie en 1997.

Mme A.A._____, qui travaillait comme aide-soignante auprès de sa belle-sœur, a été victime d'un accident de la circulation provoqué

par un automobiliste alcoolisé, alors qu'elle était au [...], en juillet 2012. Ses trois enfants étaient aussi dans la voiture et ont également présenté des traumatismes. Les traumatismes subis par la patiente sont listés ci-dessus.

Depuis, selon les informations que j'ai à disposition et selon mes évaluations depuis février, elle a développé des douleurs diffuses mal systématisées, touchant la nuque, les épaules, les genoux, les côtes, la région lombaire et les poignets. Les douleurs sont exacerbées à la position assise, avec nécessité d'un changement de position dès 10 minutes. La position stationnaire debout est également mal tolérée après 10 minutes. La mobilité est globalement diminuée, avec une patiente qui a besoin de l'aide de son mari pour se déshabiller lors de la consultation. Elle a également développé un état anxio-dépressif réactionnel, pour lequel elle a un suivi par un psychiatre.

Dans ce contexte, la reprise d'une activité me semble difficile à moyen voire long terme."

Par avis du 25 juillet 2016, la Dresse R._____ du SMR a estimé que la Dresse S._____ n'apportait pas d'éléments nouveaux attestant une aggravation et/ou un changement de l'état de santé de l'assurée depuis l'évaluation rhumatologique de mai 2015; il n'était pas mentionné d'examen clinique détaillé, de déficit neurologique ni d'investigations radiologiques effectuées. Il n'y avait pas de précision sur une éventuelle thérapie pharmacologique, les limitations fonctionnelles n'étaient pas contestées et il n'y avait pas de proposition pour un éventuel séjour en milieu spécialisé. Quant au diagnostic d'état anxieux-dépressif réactionnel, il n'était pas incapacitant au sens de l'assurance-invalidité et l'incapacité de travail liée à cette atteinte était limitée dans le temps. Pour la Dresse R._____, en l'absence d'éléments cliniques objectifs nouveaux justifiant une péjoration sur les plans somatique et psychiatrique, il n'existait aucun motif de s'écarter de ses précédents avis concernant les limitations fonctionnelles ayant une répercussion sur la capacité de travail et l'exigibilité dans une activité adaptée.

Par décision du 21 novembre 2016, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à trois quarts de rente (degré d'invalidité de 66%) du 1^{er} octobre 2013 au 31 août 2015.

B. Par acte de son conseil du 6 janvier 2017, A.A._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} octobre 2013, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI. Dans un premier moyen, elle a expliqué que le rapport du SMR du 28 mai 2015 était insuffisamment motivé et lacunaire s'agissant de retenir une capacité de travail de 70% dès le mois de mai 2015. Elle estimait en effet présenter une incapacité de travail totale au plan psychiatrique, se référant à l'avis de son psychiatre traitant, le Dr D._____, qui avait notamment fait état d'une symptomatologie dépressive et d'un état de stress post-traumatique. A ses yeux, l'appréciation de ce psychiatre mettait à mal celle de la Dresse I.I._____, laquelle s'était prévaluée durant une longue période d'un titre FMH qu'elle n'avait pas, ce qui aurait dû conduire à exclure qu'elle se prononce sur les dossiers AI. L'avis du Dr D._____ apportait plus que le « geringe Zweifel » posé par la jurisprudence, la recourante estimant dès lors qu'une incapacité de travail totale définitive devait être retenue, à défaut d'appréciation médicale contradictoire convaincante, respectivement une nouvelle évaluation effectuée. Dans un autre moyen, elle a encore soutenu que c'était un abattement de 25% et non de 10% qui aurait dû être opéré, au vu de la longue durée de son incapacité de travail, de ses problèmes d'acculturation et de langue. La recourante a ensuite expliqué ne pas comprendre comment les médecins du SMR avaient pu retenir une pleine capacité de travail dans l'activité d'aide domestique, alors que l'enquête ménagère a retenu des empêchements à hauteur de 31.15%, sans qu'il n'y ait de différence entre l'activité ménagère privée et professionnelle. La recourante a encore relevé ne pas comprendre pour quelles raisons l'enquêtrice s'était écartée de ses déclarations selon lesquelles, en bonne santé, elle travaillerait à 100% pour des raisons économiques. Elle a ensuite déploré que sa capacité ménagère n'ait été examinée qu'à la lumière de ses limitations somatiques, alors que son état dépressif est également invalidant. Elle s'est encore demandée pourquoi l'OAI tenait compte d'un empêchement ménager identique avant et après 2015, alors que selon le SMR, c'était à compter de cette date que son état de santé

s'était sensiblement amélioré ; elle a encore relevé dans ce cadre que l'enquête ménagère n'expliquait pas pour quelle raison les empêchements constatés au mois de janvier 2016 (date de l'enquête) seraient du même ordre que ceux qui sont antérieurs au mois de mai 2015, estimant que le degré d'invalidité ménager retenu par l'intimé jusqu'au 1^{er} septembre 2015 était manifestement incorrect. Elle a en outre fait valoir que la méthode mixte d'évaluation était remise en question par la Cour européenne des droits de l'homme, se référant à l'arrêt Di Trizio, estimant dès lors qu'en lui appliquant cette méthode, l'intimé avait versé dans l'arbitraire. A titre de mesures d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise bi- voire tridisciplinaire (rhumatologique, orthopédique et psychiatrique), ainsi qu'une nouvelle enquête ménagère.

Dans sa réponse du 16 février 2017, l'OAI a proposé le rejet du recours.

En réplique, le 13 mars 2017, la recourante a derechef fait valoir que l'avis du Dr D. _____ devait prévaloir sur celui des médecins de l'OAI, requérant une expertise dans la mesure où les éléments médicaux convaincants qu'elle a produits imposaient, selon la jurisprudence, un nouvel examen. Elle a pour le surplus maintenu sa position.

L'OAI a réitéré ses conclusions tendant au rejet du recours dans sa duplique du 3 avril 2017.

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 la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) (art. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à

recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 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 al. 1 LPGA).

b) Déposé en temps utile compte tenu des fériés d'hiver (cf. art. 38 al. 4 let. c LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et dans le respect des autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable en la forme, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière au fond.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Au vu des conclusions du recours, le litige porte sur l'octroi à la recourante d'une rente entière d'invalidité (en lieu et place de trois quarts de rente) dès le 1^{er} octobre 2013, sans suppression du droit aux prestations au 31 août 2015.

3. a) Le bien-fondé d'une décision d'octroi d'une rente temporaire doit être examiné au regard des conditions d'une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (TF 9C_763/2013 du 12 février 2014 consid. 2 et les références citées).

b) Selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif – comme c'est le cas en l'espèce –, la date de la modification étant déterminée

conformément à l'art. 88a RAI ([règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; ATF 131 V 164 consid. 2.2, 125 V 413 consid. 2d ; TF 9C_344/2010 du 1^{er} février 2011 consid. 4.2 et 9C_266/2010 du 8 octobre 2010 consid. 3.3). En revanche, l'art. 88bis RAI n'est pas applicable dans cette éventualité, du moment que l'on ne se trouve pas en présence d'une révision de la rente au sens strict (ATF 125 V 413 consid. 2d ; TF 9C_900/2013 du 8 avril 2014 consid. 6.2 ; TFA I 621/04 du 12 octobre 2005 consid. 3.2). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI).

4. 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 pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. 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_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1 et 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 ; Pratique VSI 2002 p. 64 ; TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 loc. cit., I 312/2006 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

c) 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, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C_1001/2012 du 29 mai 2013 consid. 2.2 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée ; TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 3.2,

9C_137/2013 du 22 juillet 2013 loc. cit., 9C_66/2013 du 1^{er} juillet 2013 consid. 4, 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.1).

Il n'existe pas de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne d'une assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3 et 4.6 ; TF 9C_737/2012 du 19 mars 2013 consid. 2.3). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TFA I 554/2001 du 19 avril 2002 consid. 2a).

5. Dans un premier moyen, la recourante conteste l'appréciation des médecins du SMR, estimant que celle-ci est contredite par celle de son psychiatre traitant, le Dr D._____, ce qui justifie de la reconnaître totalement incapable de travailler au plan psychiatrique, respectivement de mettre en œuvre une nouvelle expertise sur ce plan.

La recourante ne peut être suivie dans ses explications. S'il est constant qu'il y a lieu de mettre en œuvre une expertise menée par un médecin externe à l'assurance en cas de doutes, même faibles, quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne d'une assurance (cf. ATF 135 V 465), une opinion divergente à celle d'un tel service ne consacre pas encore le cas de figure visé par la jurisprudence précitée. Or dans le cas d'espèce, la Dresse I.I._____, qui a vu la recourante à deux reprises à trois mois d'intervalle, a expliqué de façon claire les raisons la conduisant à exclure que cette dernière présente une atteinte incapacitante au plan psychiatrique. Afin de livrer ses appréciations, la Dresse I.I._____ a examiné l'entier des pièces au dossier, a procédé à des examens

systematiques de la recourante, posé son anamnèse, listé ses plaintes actuelles, décrit une de ses journées standards et sa médication, et répondu de façon claire et cohérente aux questions qui lui étaient posées. Une pleine valeur probante doit dès lors être reconnue à ses rapports. Sur la base de ses examens, la Dresse I.I. _____ a estimé qu'en raison de l'amélioration de la symptomatologie dépressive et de l'état de stress post-traumatique en rémission complète, l'amélioration objectivée le 28 mai 2015 était durable, de sorte que sur le plan psychiatrique, la capacité de travail exigible de la part de la recourante était de 100% dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques.

A cela s'ajoute que le Dr D. _____, psychiatre traitant de l'assurée depuis le 8 janvier 2013, est en tant que tel enclin à prendre le parti de sa patiente, de sorte que ses constatations doivent déjà être admises avec réserve. Les avis du Dr D. _____ ne sont quoi qu'il en soit pas aptes à faire douter de la fiabilité et de la pertinence des constatations de la Dresse I.I. _____. Retenant les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et d'état de stress post-traumatique, le psychiatre traitant a estimé l'incapacité de travail de l'assurée à 100% en toutes activités depuis l'accident du 18 juillet 2012. Faisant part d'un état psychique qui demeurait fluctuant, il a relevé chez sa patiente, outre les douleurs et difficultés somatiques, une grande tristesse, une fatigue importante et une réduction considérable du plaisir et de l'intérêt aux activités. L'assurée présentait également une hypersensibilité au stress en lien avec son état de stress post-traumatique, les affaires administratives étant gérées par le mari (rapport du 6 mars 2014). Le 13 octobre 2014, le Dr D. _____ a répondu à l'OAI que les diagnostics développés dans les suites de l'accident de la recourante et une limitation des possibilités thérapeutiques avec une intolérance à certains antidépresseurs étaient les deux raisons principales à l'origine des limitations fonctionnelles psychiques responsables d'une incapacité de travail durable excluant l'exercice d'une activité adaptée. Le 9 mai 2016, il a relevé qu'en dépit d'une certaine fluctuation, le tableau clinique demeurait inchangé depuis le début du suivi à son cabinet avec un état de santé stationnaire. Pour le

Dr D._____, sa patiente présentait toujours une incapacité de travail à 100%.

Or cette appréciation est contredite par les constatations faites par la Dresse I.I._____. Retenant le 31 août 2015 les diagnostics sans effet sur la capacité de travail d'état de stress post-traumatique en rémission, diagnostic anamnestique, de dysthymie d'intensité légère (F34.1) et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), la Dresse I.I._____ a noté un examen clinique superposable à celui de la fin mai 2015. Elle a en outre constaté que l'examen clinique était parasité par des incohérences, des amplifications et l'absence de souffrance objectivable. Dans ce contexte, elle a exposé que selon les critères de la nouvelle jurisprudence, le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques était d'intensité légère à moyenne. La recourante sortait faire des promenades, accompagnée de sa belle-fille, faire les courses avec sa famille en voiture et au printemps, elle s'était rendue en voiture avec son mari voir sa sœur en [...]. L'assurée avait de plus passé trois semaines de vacances dans son pays natal en août 2015. Relevant l'absence de troubles de la personnalité morbide, une vie sociale pauvre en raison de difficultés linguistiques, un bon soutien de la famille, des ressources d'adaptation préservées et les mêmes plaintes depuis plusieurs années avec une amplification et une démotivation importante, la Dresse I.I._____ a ainsi retenu que le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques n'avait aucune incidence sur la capacité de travail. L'amplification verbale des plaintes somatiques n'était pas accompagnée d'un sentiment de détresse, pas plus que de souffrance objectivable à l'examen clinique, ni d'un comportement algique. L'assurée bénéficiait des ressources mobilisables, notamment le soutien de sa belle-fille mais également celui de ses enfants et de son mari. Sur la base de ses observations, la Dresse I.I._____ a constaté l'amélioration de la symptomatologie dépressive ainsi que la rémission complète de l'état de stress post-traumatique, ce qui pour l'examinatrice, représentait un succès du traitement mis en place (suivi depuis janvier 2013 auprès du Dr D._____ avec médication psychotrope). En l'absence

de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant, sur la base de l'examen clinique psychiatrique et rhumatologique du 28 mai 2015 ainsi que sur la base de l'examen psychiatrique du 31 août 2015, la Dresse I.I. _____ a retenu que l'amélioration clinique objectivée à la fin mai 2015 était déterminante, sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre. Sur le plan psychiatrique, la recourante ne justifiait dès lors plus d'une diminution de la capacité de travail, cette dernière étant entière dans toute activité adaptée aux restrictions fonctionnelles somatiques.

Dans ces conditions, le rapport du 9 mai 2016 du Dr D. _____, qui est le seul avis de ce médecin postérieur aux examens de la recourante par la Dresse I.I. _____, les 28 mai et 31 août 2015, n'est pas de nature à faire naître un doute, même faible, quant à la fiabilité et la pertinence des constatations médicales de la Dresse I.I. _____. Dans son rapport du 9 mai 2016, le Dr D. _____ a une nouvelle fois cité les diagnostics somatiques en lien avec l'accident du 18 juillet 2012, qui ne sont pas contestés, puis a répété, comme dans ses rapports des 30 mai 2013, 7 août 2013 et 6 mars 2014, que sa patiente présentait une symptomatologie dépressive et un état de stress post-traumatique. La Dresse I.I. _____ a toutefois indiqué à cet égard de façon claire les raisons la conduisant à retenir que l'assurée ne présentait qu'une dysthymie, ainsi qu'un état de stress post-traumatique en *rémission*, ces atteintes étant au demeurant sans effet sur la capacité de travail. Quant au rapport du 3 mai 2016 de la Dresse X. _____ et le certificat du 13 juin 2016 de la Dresse S. _____, laquelle n'est pas psychiatre, ils n'apportent pas d'éléments cliniques, de précisions sur un éventuel traitement pharmacologique ni de diagnostics nouveaux établissant une péjoration de l'état de santé de l'assurée intervenue sur le plan psychiatrique depuis les examens réalisés par la Dresse I.I. _____. Ainsi, en l'absence de rapport médical contredisant sérieusement les constatations effectuées en mai et août 2015 par la Dresse I.I. _____, il y a lieu de constater que la recourante dispose sur le plan psychiatrique d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

On précisera enfin que la Dresse I.I. _____ a obtenu le titre FMH en psychiatrie et en psychothérapie depuis 2009, soit bien avant les examens intervenus en 2015. Partant, les critiques de la recourante à ce propos ne sont pas propres à remettre en question les constatations et conclusions de cette médecin spécialiste.

Pour le surplus, la recourante ne remet pas en cause les constatations faites au plan somatique. Il y a dès lors lieu de retenir avec l'intimé qu'elle a présenté une incapacité de travail totale du 18 juillet 2012 au mois de mai 2015. Dès cette date, une capacité de travail de 70% peut être raisonnablement exigée d'elle dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (à savoir : [rachis lombaire] pas de ports de charges de plus de 8 kilos, position en porte-à-faux, alternance des positions avec changement deux fois par heure ou librement, [hanche gauche] éviter la marche sur terrain irrégulier, les activités accroupie/à genoux, utilisation répétée des escaliers, [poignet gauche] activités répétées en flexion-extension ou déviation cubitale du poignet, pas de limitations fonctionnelles psychiatriques).

6. a) La recourante a travaillé à compter du mois de novembre 2011 en qualité d'aide-soignante de sa belle-sœur handicapée, pour un salaire mensuel brut de 2'000 fr., au taux de 50%. Interrogée sur le taux d'activité qui aurait été le sien sans atteinte à la santé, la recourante a maintenu qu'elle aurait œuvré à raison de 50-60% comme aide à domicile/aide au ménage et aux soins, par intérêt personnel. En 2011, la recourante était déjà âgée de quarante-neuf ans et ses trois enfants adultes. Aucun élément ne permet dès lors de remettre en doute la véracité de ses déclarations (au demeurant les premières, faites alors que l'assurée en ignorait peut-être les conséquences juridiques et auxquelles il convient en général d'accorder la préférence, les explications nouvelles pouvant être - consciemment ou non - le fruit de réflexions ultérieures ; cf. ATF 121 V 47 consid. 2a et 115 V 143 consid. 8c ; TF 9C_663/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 3.2) selon lesquelles elle aurait poursuivi ce travail à 50% si l'accident de juillet 2012 et ses conséquences en découlant ne s'étaient pas produites. Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de retenir

un autre statut que celui d'active à 50% et de ménagère à 50% pris en compte par l'intimé. On relèvera au demeurant que même avant d'avoir ses enfants, la recourante, pourtant au bénéfice d'une formation de couturière apprise dans son pays d'origine, n'a jamais travaillé, sous réserve de quelques heures de ménage. Elle ne peut dès lors être suivie lorsqu'elle affirme qu'elle aurait œuvré à 100% sans atteinte à la santé.

b) Le statut de la recourante ainsi déterminé implique l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI). A cet égard, le grief tiré du caractère arbitraire de cette méthode que la recourante fait valoir en rapport avec l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme (CourEDH) Di Trizio contre Suisse du 2 février 2016 (n° 7186/09) est mal fondé.

Selon l'arrêt de la CourEDH, l'application dans l'assurance-invalidité de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité à une assurée qui, sans atteinte à la santé, n'aurait travaillé qu'à temps partiel après la naissance de ses enfants et s'est vue de ce fait supprimer la rente d'invalidité en application des règles sur la révision de la rente constitue une violation de l'art. 14 CEDH (interdiction de la discrimination) en relation avec l'art. 8 CEDH (droit au respect de la vie privée et familiale). A l'inverse de ce que prétend la recourante dans ses écritures, on ne saurait déduire des considérants de l'arrêt de la CourEDH que la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité "viole la Convention" sans égard à la situation concrète dont avait à juger la CourEDH, dans laquelle le changement de statut de l'assurée - et la perte de la prestation de rente en conséquence - était lié exclusivement à la naissance de ses enfants et à la réduction (hypothétique) du taux d'activité qui s'en est suivie (cf. arrêt 9F_8/2016 du 20 décembre 2016, consid. 4.4, destiné à la publication; cf. aussi ANNE-SYLVIE DUPONT, Arrêt Di Trizio c. Suisse - une appréciation, REAS 2016 p. 479; THOMAS GÄCHTER/MICHAEL E. MEIER, Der Entscheid "Di Trizio": Wirklich eine Rechtssache für den EGMR?, REAS 2016 p. 483 s.).

En l'espèce, la recourante n'a plus à assumer de charges éducatives à l'égard d'enfants mineurs, ses enfants étant nés en 1985, 1987 et 1995, de sorte que la volonté (hypothétique) de travailler à temps partiel ne repose pas sur un motif d'ordre familial. Il n'y a donc pas de violation du droit au respect à la vie privée et familiale (cf. arrêt 9F_8/2016 du 20 décembre 2016, consid. 4.4).

7. La recourante estime contradictoire de retenir une incapacité de travail de 31.15% sur la part ménagère, et ne pas retenir la même incapacité de travail dans l'activité d'aide-soignante, qu'elle estime largement analogue à ce qu'elle pourrait effectuer sur la part ménagère.

La recourante perd ici toutefois de vue que l'intimé l'estime totalement incapable d'exercer son activité habituelle d'aide-soignante.

A l'inverse, il est constant que l'évaluation de l'incapacité sur la part ménagère ne répond pas aux mêmes critères ; ainsi, selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée 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 ; TF 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.3 et les références). Les empêchements de l'assuré doivent en outre être évalués en tenant compte de l'aide que l'on peut exiger des membres de

la famille au titre de l'obligation de réduire le dommage (ATF 130 V 97 consid. 3.2 ; TF I 561/2006 du 26 juillet 2007 consid. 5.2.1).

Dans la présente espèce, aucun indice n'est propre à remettre en cause l'appréciation à laquelle s'est livrée l'enquêtrice de l'OAI. Elle a en particulier bien décrit le quotidien de l'assurée, et pris le soin de lister les empêchements dus à l'invalidité pour chacun des travaux ménagers en les pondérant en fonction du champ d'activité de chaque tâche spécifique. Le rapport d'enquête a au demeurant été élaboré par une personne qualifiée qui a eu connaissance de la situation locale et spatiale ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux, et qui a tenu compte des indications de l'assurée. Dans ces conditions, il y a donc lieu de s'en tenir aux empêchements ménagers d'un total de 31.15%, compte tenu de l'aide que l'on peut exiger des personnes faisant ménage commun avec l'assurée au titre de l'obligation de réduire le dommage.

Afin de dissiper d'éventuels doutes, on précisera pour autant que de besoin que l'enquête ménagère a été effectuée le 18 janvier 2016 au domicile de la recourante, soit avant le projet de décision du 15 mars 2016.

En déplorant que sa capacité ménagère n'ait été examinée qu'à la lumière de ses limitations somatiques, alors que son état dépressif était selon elle également invalidant, la recourante perd de vue l'amélioration des suites de l'accident observée au SMR depuis la fin mai 2015, en particulier l'absence d'atteinte invalidante à la santé sur le plan psychiatrique. A cela s'ajoute que l'enquêtrice a dûment tenu compte de cette situation pour établir son rapport.

La recourante s'est encore interrogée sur les raisons ayant conduit l'OAI à tenir compte d'un empêchement ménager identique avant et après le mois de mai 2015, estimant que le degré d'invalidité ménager retenu par l'intimé jusqu'au 1^{er} septembre 2015 était manifestement incorrect. Ce point de vue ne peut être partagé. En effet, comme

l'enquêtrice l'a mentionné en dernière page de son rapport, depuis l'accident, l'assurée ne faisait pratiquement plus rien dans les travaux ménagers, sa belle-fille assumant pratiquement tout l'entretien du ménage et ayant même repris les fonctions de sa belle-mère auprès de la belle-sœur handicapée. Le *statu quo* retenu par l'intimé s'explique ainsi non pas en raison d'une amélioration des limitations de l'assurée dans l'accomplissement de ses activités ménagères courant 2015 mais par le fait que la belle-fille qui fait ménage commun avec elle est en mesure de lui apporter l'aide exigible depuis l'accident de juillet 2012. En l'occurrence, en sus d'une analyse détaillée de chacune des tâches ménagères, l'enquêtrice de l'OAI a ainsi également pris en compte, à raison, l'aide exigible de la part des personnes faisant ménage commun avec la recourante, à savoir son époux, les enfants et sa belle-fille, au titre de l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 130 V 97 consid. 3.2; TF 9C_925/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 2.3 et I 561/2006 du 26 juillet 2007 consid. 5.2.1).

8. a) A teneur de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

La recourante n'a pas critiqué les revenus retenus sans et avec invalidité. Vérifiés d'office ceux-ci peuvent être confirmés.

b) La recourante a toutefois critiqué l'abattement de 10% effectué sur le revenu avec invalidité. Elle estime que la longue durée de son incapacité de travail, ses problèmes d'acculturation ainsi que ses lacunes linguistiques justifient la prise en compte d'un abattement de 25%.

La mesure de cette réduction dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service,

nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus de pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25% serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2).

En l'espèce, il est établi que la recourante présente une incapacité de travail totale dès le mois de juillet 2012 dans son activité habituelle d'aide-soignante. Toutefois, dès le mois de mai 2015, une capacité de travail de 70% était raisonnablement exigible de sa part dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques (à savoir : pas de port de charges de plus de 8 kilos ni position en porte-à-faux, alternance des positions avec changement deux fois par heure ou librement [rachis lombaire], éviter la marche sur terrain irrégulier, les activités accroupie/à genoux et l'utilisation répétée des escaliers [hanche gauche] et pas d'activités répétées en flexion-extension ou déviation cubitale du poignet [poignet gauche]). L'OAI a tenu compte en l'espèce d'un abattement de 10% lié aux limitations fonctionnelles précitées.

Or le salaire statistique de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pris en compte par l'intimé dans sa décision au titre de revenu avec invalidité recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées accessibles à la recourante au vu de ses limitations fonctionnelles (cf. TF 9C_497/2012 du 7 novembre 2012 ; TF I 383/2006 du 5 avril 2007 consid. 4.4), sans que sa nationalité ou ses problèmes de langue ne constituent un frein à l'exercice de telles activités. Cela étant, même un abattement plus conséquent ne serait pas susceptible de permettre la poursuite du droit à la rente au-delà du 31 août 2015.

Pour la période du 1^{er} octobre 2013 (compte tenu de la demande tardive du 22 avril 2013 ; cf. art. 29 al. 1 et 3 LAI) jusqu'au 31 août 2015, le taux d'invalidité globale doit être fixé à 66% ($[50 \times 100] + [50 \times 31,15]$), taux qui ouvre le droit à trois quarts de rente (cf. art. 28 al. 2 LAI).

Pour la période courant dès le 1^{er} septembre 2015 (compte tenu de l'amélioration dès le 28 mai 2015 ; cf. art. 88a, al. 1, RAI), le taux d'invalidité globale doit être fixé à 17% ($[50 \times 2,89] + [50 \times 31,15]$), taux inférieur au seuil de 40% permettant le maintien du droit à la rente (cf. art. 28 al. 2 LAI).

9. Cela étant, le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Les requêtes d'expertise bi-, voire tridisciplinaire, et de nouvelle enquête ménagère formulées par la recourante doivent dès lors être rejetées. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2 ; 8C_285/2013 du 11 février 2014 consid. 5.2 et 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

10. Vu ce qui précède, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

a) 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) ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 4 al. 2 TFJDA [Tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI).

b) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD), sans qu'il ne se justifie d'allouer des dépens dès lors qu'elle n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario* ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 21 novembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge d'A.A._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour A.A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours

constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :