

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 décembre 2018

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
Mmes Brélaz Braillard et Durussel, juges  
Greffière : Mme Raetz

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

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

et

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

---

**Art. 6 ss LPGA ; 87 RAI.**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** P. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1962, a été engagée en qualité d'employée de restauration à 100 % par le V. \_\_\_\_\_ dès le 1<sup>er</sup> février 2008. A compter du 28 juillet 2008, elle assumait parallèlement une activité en tant que nettoyeuse auprès de C. \_\_\_\_\_ à raison de deux heures par jour, cinq jours par semaine.

Le 21 juin 2009, elle a été victime d'un accident de la circulation en [...], alors qu'elle était passagère d'un minibus. Elle a pour l'essentiel souffert d'une entorse du Lisfranc et du ligament latéral externe de la cheville droite, qui a évolué en un Südeck du pied droit (cf. rapport du 8 février 2010 des Drs Q. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au V. \_\_\_\_\_). Elle a présenté une incapacité de travail totale du 22 juin au 6 décembre 2009, puis de 50 % du 7 au 27 décembre 2009. Elle a repris son emploi au V. \_\_\_\_\_ à 100 % dès le 28 décembre 2009, de même que son activité de nettoyeuse. F. \_\_\_\_\_, assureur-accidents, a pris en charge le cas.

L'assurée a déposé le 9 décembre 2009 une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), dans le cadre d'une détection précoce.

A la demande de l'OAI de fournir des renseignements complémentaires, l'assurée a expliqué le 27 janvier 2010 qu'elle pouvait effectuer toutes les tâches de son travail au V. \_\_\_\_\_, mais qu'elle présentait des difficultés pour les activités à charges lourdes. De plus, elle était toute la journée debout.

Dans un rapport à l'OAI du 8 février 2010, les Drs Q. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'entorse du Lisfranc du pied droit et d'entorse du ligament latéral externe de la cheville droite le 22 [recte : 21] juin 2009, ainsi que de syndrome de

Südeck du pied droit existant depuis le 23 septembre 2009. Sans effet sur la capacité de travail, ils ont retenu le diagnostic de status post-accident de la voie publique le 22 [recte : 21] juin 2009 avec contusions lombaire, costale gauche, cervicale, ainsi que du pied et de la cheville gauches. Ils ont fait état de la persistance de douleurs et d'œdèmes au pied droit. Ils ont indiqué que l'assurée avait repris son travail à 100 % à compter du 28 décembre 2009 et qu'il n'y avait actuellement pas de restrictions par rapport à l'activité exercée.

Dans un rapport du 25 juin 2010, le Dr T.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu comme atteinte principale à la santé une algoneurodystrophie de la cheville droite après entorse du pied droit et du ligament latéral externe de la cheville droite dans un accident de la voie publique le 21 juin 2009. L'assurée avait repris son activité à 100 % dès le 28 décembre 2009. La capacité de travail était totale tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, sans aucune limitation.

Par décision du 28 septembre 2010, confirmant un projet de décision du 9 juillet 2010, l'OAI a refusé l'octroi de prestations à l'assurée, au motif qu'elle avait retrouvé une pleine capacité de travail dès le mois de décembre 2009 dans l'activité habituelle principale et dans celle, accessoire, de nettoyeuse.

Le 17 février 2011, l'assurée a subi une exérèse d'un nodule de la région antéro-interne de la jambe gauche à type de nécrose de tissu adipeux enkysté. Elle a présenté de ce fait une incapacité totale de travail jusqu'au 7 mars 2011 (cf. rapport du 7 mars 2011 du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Par décision sur opposition du 24 février 2012, confirmant sa décision du 22 février 2011, F.\_\_\_\_\_ a mis un terme à ses prestations avec effet au 23 novembre 2010, date à compter de laquelle la relation de causalité entre les troubles de l'assurée et l'accident du 21 juin 2009 ne

pouvait plus être admise. Par arrêt du 30 septembre 2013 (CASSO AA 36/12 - 88/2013), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a annulé cette décision sur opposition et renvoyé la cause à l'assureur pour complément d'instruction dans le sens des considérants, soit la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire orthopédique, neurologique et psychiatrique et de tout autre examen permettant de faire la lumière sur le lien de causalité entre les atteintes persistant chez la recourante au-delà du 22 novembre 2010 et l'accident du 21 juin 2009.

**b)** Le 12 novembre 2013, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'AI en faisant état de douleurs résiduelles invalidantes consécutives à l'entorse de la cheville droite.

Dans un courrier du 22 janvier 2014 adressé à Me Anne-Sylvie Dupont, représentant alors l'assurée, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a expliqué suivre l'intéressée depuis mai 2012 pour un état dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2). Elle souffrait également de séquelles d'un accident avec des problèmes de mobilité et des douleurs. Son état tant physique que psychique s'était aggravé depuis l'automne 2013, avec une incapacité totale de travail et plusieurs interventions chirurgicales.

Le 23 janvier 2014, l'assurée a subi un allongement du gastrocnémien selon Strayer au niveau de la jambe droite en raison d'une tendinopathie insertionnelle d'Achille au long court avec équin du pied droit (cf. rapport du 13 février 2014 du Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à l'Hôpital de [...]).

Dans un rapport à l'OAI du 4 avril 2014, le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome de stress post-traumatique, ainsi que de douleurs chroniques du membre inférieur droit et de la jambe gauche, existant depuis 2009. L'incapacité de travail était totale du 17 février au 7 mars 2011, puis de 50 % jusqu'au 14 mars 2011. Depuis septembre 2013,

l'incapacité de travail était à nouveau totale et se poursuivait. Les restrictions consistaient en des douleurs aux membres inférieurs, en particulier lors de la position debout prolongée. L'activité exercée n'était plus exigible. Le Dr L. \_\_\_\_\_ a notamment joint à son envoi un rapport du 3 juillet 2013 du Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie, lequel concluait que les douleurs thoraciques et la dyspnée étaient probablement liées à un état de stress, les douleurs thoraciques pouvant être entretenues par l'activité professionnelle en cuisine.

Dans un rapport à l'OAI du 1<sup>er</sup> mai 2014, le Dr N. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2) existant depuis 2012, et celui sans effet sur ladite capacité de séquelles d'un accident impliquant les membres inférieurs depuis 2009. L'incapacité de travail était totale depuis le 21 juin 2009.

Donnant suite à l'arrêt précité de la Cour de céans, F. \_\_\_\_\_ a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès du H. \_\_\_\_\_ (ci-après : le H. \_\_\_\_\_). L'assurée a été examinée le 5 février 2014 par le Dr M. \_\_\_\_\_, neurologue, le 6 février 2014 par le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et le 21 février 2014 par le Dr Z. \_\_\_\_\_, psychiatre. Dans leur rapport du 2 mai 2014, les experts ont posé les diagnostics de status après probable traumatisme crânio-cérébral mineur, de distorsion cervicale et contusions cervico-dorsales lors de l'événement accidentel du 21 juin 2009 sans évidence de lésions structurelles du système nerveux central et périphérique, de status après syndrome post-commotionnel et post-distorsion cervicale simple, d'ancienne entorse de la cheville et du pied droits, d'hématome de la jambe gauche, de probable algodystrophie séquellaire de la cheville et du pied droits, d'opération de Strayer à droite le 23 janvier 2014, de contusions multiples, de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), ainsi que d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00). Sur le plan orthopédique, ils ont indiqué que la situation n'était pas stabilisée, la patiente portant au jour de l'expertise un plâtre au membre inférieur droit à la suite de l'opération

subie le 23 janvier 2014. Ils n'ont pas constaté d'atteinte significative du point de vue neurologique, précisant que les troubles actuels étaient en relation de causalité uniquement possible avec l'événement accidentel du 21 juin 2009. Enfin, ils ont retenu qu'il n'existait pas de relation de causalité naturelle entre l'accident précité et l'état psychique actuel, et que celui-ci était compatible avec une activité professionnelle à 100 %, sans diminution de rendement.

Dans un rapport à l'OAI du 26 juin 2014, le Dr W. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de tendinopathie chronique au tendon d'Achille droit. Il a attesté une incapacité totale de travail du 10 décembre 2012 au 31 juillet 2014, date à laquelle la situation devait être réévaluée. L'activité de cuisinière n'était plus exigible. Il a joint un document qu'il avait établi le 7 mai 2014, précisant que depuis l'accident du 21 juin 2009, la patiente avait gardé des douleurs importantes, principalement en regard du tendon d'Achille droit. La situation s'était péjorée de manière importante durant l'été 2013, à tel point qu'elle devait marcher avec une attelle et des cannes. Au vu de l'évolution défavorable, il avait pratiqué un allongement du gastrocnémien selon Strayer à la jambe droite le 23 janvier 2014. A trois mois postopératoires, la situation évoluait de manière extrêmement favorable.

Dans un questionnaire pour l'employeur du 1<sup>er</sup> décembre 2014, le V. \_\_\_\_\_ a indiqué que la difficulté du poste de l'assurée résidait notamment dans les mouvements répétitifs effectués, notamment dans la mise en place des buffets avec le déchargement des chariots, et à la chaîne de distribution des repas chauds. Il fallait pousser ou tirer des chariots lourds. En outre, les travaux de nettoyage représentaient de grandes surfaces.

Dans un rapport du 14 janvier 2015 à l'OAI, le Dr W. \_\_\_\_\_ a constaté que l'évolution en regard du tendon d'Achille de la patiente était tout à fait favorable, même si elle gardait encore quelques douleurs au niveau du mollet, au site de la chirurgie. La reprise de l'activité

professionnelle habituelle semblait difficile. L'assurée restait fragile psychologiquement.

Le 5 février 2015, F.\_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI un rapport non daté du Dr D.\_\_\_\_\_, psychiatre au H.\_\_\_\_\_, auquel il avait demandé d'effectuer un complément d'expertise. Le Dr D.\_\_\_\_\_ constatait en particulier que le type de plaintes formulées initialement par l'assurée et les circonstances de l'événement accidentel faisaient évoquer un syndrome post-commotionnel et post-distorsion cervicale simple. Les plaintes encore présentées par l'intéressée ne trouvaient plus d'explications en relation de causalité probable avec l'événement accidentel du 21 juin 2009 en raison du laps de temps écoulé, de l'importance apparente des troubles et de l'absence de lésion organique objectivable dans les suites immédiates de l'accident et ultérieurement. La relation de causalité devait être limitée à une période de deux ans après l'accident.

Par avis médical du 19 mars 2015, le Dr X.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a préconisé de contacter F.\_\_\_\_\_ afin de déterminer si une expertise rhumato-psychiatrique avait été mise en œuvre et, dans le cas contraire, de mettre sur pied une telle expertise en accord avec l'assureur.

Le 24 mars 2015, l'assurée a subi une excision d'un kyste au mollet gauche, compliquée d'une thrombose veineuse profonde du membre inférieur gauche (cf. rapport du 21 avril 2015 du Dr W.\_\_\_\_\_).

Le 2 avril 2015, au cours d'un entretien téléphonique, F.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI qu'il avait demandé une expertise neurologique et rhumatologique-psychiatrique au H.\_\_\_\_\_. Par courrier du même jour, l'OAI lui a confirmé qu'il allait participer aux frais de cette expertise et lui a remis l'avis du 19 mars 2015 du SMR ainsi qu'une liste de questions, en le priant de les transmettre aux experts.

Dans un rapport du 14 septembre 2015, la Dresse R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine du travail au V.\_\_\_\_\_, a constaté que la

symptomatologie douloureuse actuelle restait importante sans substrat organique clair et avec une évolution vers la chronicité. En l'état actuel, cela ne permettait pas à l'assurée de reprendre son travail à son poste habituel. Une reconversion dans une activité professionnelle majoritairement effectuée en position assise pourrait être envisagée.

Le 19 octobre 2015, l'assurée a débuté une activité à titre thérapeutique en qualité d'employée de restauration affectée au snacking des auditoires du V.\_\_\_\_\_ à raison de 20 %, puis à 30 % depuis le 10 novembre 2015. Lors d'un entretien du 18 novembre 2015, la responsable de l'assurée a notamment constaté une fatigabilité importante et une lenteur pour l'exécution de certaines tâches, soulignant que l'intéressée ne pouvait assurer la polyvalence requise dans ce genre de poste (cf. procès-verbal d'entretien du 18 novembre 2015 de l'OAI).

Une nouvelle expertise a été réalisée au H.\_\_\_\_\_ par les mêmes spécialistes que lors de la première expertise, sur mandat de F.\_\_\_\_\_. L'assurée a été examinée le 26 octobre 2015 par le Dr J.\_\_\_\_\_, le 3 décembre 2015 par le Dr Z.\_\_\_\_\_ et le 9 décembre 2015 par le Dr M.\_\_\_\_\_. Dans leur rapport du 7 avril 2016, ils ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'ancienne entorse de la cheville droite, d'ancienne algodystrophie du membre inférieur droit, d'ancienne opération de Strayer à droite (janvier 2014) et d'ancienne thrombose veineuse profonde de la jambe gauche (mars 2015). S'agissant des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu ceux d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00) [recte : dysthymie F34.1], de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), d'ancienne excision à deux reprises d'un nodule de stéatonecrose de la jambe gauche (2011 et 2015), de céphalées et sensations vertigineuses sans substrat somatique, de rachialgies sans substrat neurologique, ainsi que de douleurs et troubles sensitifs des deux membres inférieurs sans substrat neurologique objectivable. En réponse aux questions de l'OAI, ils ont relevé une incapacité totale de travail immédiatement après l'accident, puis une nouvelle incapacité dès 2013 dans l'activité habituelle. Dans une activité adaptée, soit évitant la station

debout et les marches de longue durée, la capacité de travail était totale depuis la date de l'expertise. Ils ont en outre fait l'appréciation suivante du cas :

« Situation actuelle et conclusions :

Sur le plan orthopédique, Madame P. \_\_\_\_\_ est une ancienne aide de cuisine au V. \_\_\_\_\_, âgée de 53 ans.

Ce jour, Madame P. \_\_\_\_\_ marche en appui complet, mais lentement, au prix de douleurs situées dans les deux jambes.

Ces douleurs sont plutôt de type musculaire. Elles sont limitantes pour des stations debout et des marches de longue durée.

Une tentative de réintroduction dans le monde du travail est actuellement réalisée avec une reprise thérapeutique dans l'emploi précédent.

Compte tenu de la pathologie observée au niveau des membres inférieurs, il serait préférable que cette réintroduction soit réalisée dans un poste de travail en position assise.

On notera que le deuxième emploi (nettoyeuse, femme de ménage) n'a jamais été repris après l'accident.

Sur le plan neurologique [...]

En conclusion, la description des troubles, le résultat de l'examen neurologique ainsi que le résultat des bilans radiologiques pratiqués préalablement n'apportent pas d'arguments en direction d'une participation/atteinte neurologique significative.

Il n'y a pas de perte à l'intégrité ni d'incapacité de travail.

Sur le plan psychique, sur la base des éléments anamnestiques et de notre observation, notre évaluation ne diffère pas de la précédente évaluation. Nous retenons toujours un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Il y a un léger rétrécissement du champ de la pensée sur la douleur. En revanche, on la sent moins revendicative que précédemment. On n'observe toujours pas de comportement particulièrement algique ni d'attitude démonstrative ou particulièrement plaintive.

Sur le plan de la thymie, le tableau clinique actuel correspond à une dysthymie (F34.1). Lors de la précédente évaluation de février 2014, Madame P. \_\_\_\_\_ présentait un épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F32.00). Il y a une légère amélioration clinique. Le traitement antidépresseur est inchangé depuis la précédente évaluation. [...]

On ne retrouve toujours pas d'élément de syndrome de stress post-traumatique. Il n'y a pas lieu de modifier cette appréciation.

Sur le plan psychiatrique, il n'existe pas de lien de causalité naturelle entre l'accident et l'état psychique actuel. En l'absence de lien de causalité, il n'y a pas de raison d'évoquer la présence de limitation fonctionnelle. Cette appréciation ne prend pas en compte les récentes modifications de jurisprudence concernant les troubles somatoformes en tenant compte du contexte asséculogique (assurance accident) de la présente évaluation. »

Les experts du H. \_\_\_\_\_ ont notamment joint un rapport du 28 juillet 2015 du Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en angiologie, posant les

diagnostics de douleurs d'origine indéterminée du membre inférieur gauche, de statut après une thrombose veineuse profonde (TVP) distale secondaire (intervention chirurgicale orthopédique) du membre inférieur gauche en mars 2015. En tant que diagnostics secondaires, le Dr B.\_\_\_\_\_ retenait en particulier ceux d'insuffisance veineuse superficielle du membre inférieur gauche sur incontinence de la jonction saphéno-fémorale et de la grande veine saphène proximale avec status après varicophlébite non datée, de status après cure de varices aux deux membres inférieurs en 1990, de syndrome urétral, de goutte, ainsi que de thyroïdite auto-immune. Le Dr B.\_\_\_\_\_ constatait une évolution favorable à quatre mois de la TVP distale secondaire. Le traitement pourrait être arrêté, mais il proposait de continuer le port régulier d'une chaussette de compression, ceci d'autant plus que la patiente marchait avec une boiterie importante, à l'aide d'une canne, et que cela avait un impact sur la qualité du retour veineux et pouvait contribuer à la formation d'un œdème péri-malléolaire. Quant aux douleurs du membre inférieur gauche, déjà présentes avant l'intervention chirurgicale, elles n'étaient pas à mettre en rapport avec la TVP, ni avec l'insuffisance veineuse superficielle.

Par avis médical du 9 juin 2016, le Dr X.\_\_\_\_\_ du SMR s'est rallié à l'appréciation des experts du H.\_\_\_\_\_. Il a retenu une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle depuis le 8 septembre 2013, soit dès la tendinopathie achilléenne. La capacité de travail était entière dans une activité adaptée dès le 23 juillet 2014, à savoir à six mois de l'opération de Strayer effectuée le 23 janvier 2014. Le Dr X.\_\_\_\_\_ a en outre relevé ce qui suit :

« Sur le plan psychiatrique, l'évaluation ne diffère pas de la précédente évaluation en 2014 : il n'existe pas de pathologie psy incapacitante et le SDS [syndrome douloureux somatoforme] persistant n'est pas incapacitant non plus au vu de la description des activités quotidiennes en p. 12 et des ressources de l'assurée ; celle-ci montre une femme active, qui travaille, dans les limites de ses problèmes physiques (fait les courses, se promène, fait le ménage, gère l'administration) et qu'elle n'est pas repliée. Par ailleurs, l'étude de la personnalité ne détecte pas d'atteinte pathologique et la cohérence diagnostique valide la démonstration clinique actuelle. Ainsi selon les points mentionnés dans l'ATF [arrêt

du Tribunal fédéral] de juin 2015 concernant les affections psychosomatiques, la CT [capacité de travail] est donc totale du point de vue psychique. A noter par ailleurs, l'absence de lien de causalité naturelle entre l'accident et l'état psychique actuel. »

Le V.\_\_\_\_\_ ayant informé l'OAI qu'il n'avait pas de poste adapté aux limitations fonctionnelles de l'assurée, celui-ci a octroyé des mesures professionnelles sous la forme d'un entraînement à une activité industrielle légère auprès de la Fondation S.\_\_\_\_\_ du 8 août au 7 novembre 2016, de même qu'une aide au placement (cf. communications du 11 juillet 2016 de l'OAI).

Par certificat médical du 8 août 2016, le Dr L.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail de 40 à 50 % dans une activité adaptée pour une durée de trois mois.

Dans un rapport du 9 novembre 2016, le responsable de S.\_\_\_\_\_ a relevé que l'assurée avait un rendement de 30 % par rapport à l'économie, pour un taux de présence effectif de 50 %.

Le même jour, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a constaté que les indications de S.\_\_\_\_\_ s'opposaient à l'avis médical du SMR du 9 juin 2016 et qu'aucune évolution positive de la capacité de travail n'avait eu lieu durant ces trois mois. Au vu des limitations fonctionnelles, soit éviter la marche de longue durée et la station debout prolongée, il a estimé qu'une activité au même taux qu'avant l'atteinte à la santé était possible. En l'état, aucune autre mesure ne pouvait réduire le préjudice.

Le 5 décembre 2016, le Dr L.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail de 50 % dès le 12 décembre 2016, à réévaluer au 11 janvier 2017.

Le 15 décembre 2016, l'OAI a interrompu l'aide au placement, l'assurée l'ayant informé qu'elle allait reprendre son activité habituelle au V.\_\_\_\_\_, au début à 50 %, alors qu'il avait retenu une exigibilité nulle dans cette activité et ne pouvait donc cautionner ce choix.

Par décision du 21 février 2017, confirmant un projet du 16 novembre 2016, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente à l'assurée. Il a expliqué que bien que ses activités professionnelles habituelles n'étaient plus exigibles, elle présentait une capacité de travail totale dès le 23 juillet 2014 dans une activité adaptée. En comparant le revenu qu'elle pourrait obtenir sans invalidité (69'217 fr. 81) avec celui réalisable avec invalidité (68'512 fr. 28), il aboutissait à un degré d'invalidité de 1.02 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

**B.** Par acte du 24 mars 2017, P.\_\_\_\_\_, désormais représentée par Me Jean-Michel Duc, a recouru contre cette décision en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle a soutenu qu'elle n'était plus en mesure de travailler dans ses activités professionnelles et que ses atteintes entraînaient une invalidité de plus de 40 %. Elle a requis son audition dans le cadre d'une audience publique.

Par réponse du 10 mai 2017, l'OAI a préavisé pour le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il a relevé qu'il existait suffisamment d'activités adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assurée, par exemple dans le domaine industriel léger, comme la surveillance d'un processus de production.

Par réplique du 13 octobre 2017, la recourante a fait valoir que sa situation médicale nécessitait une instruction complémentaire. Les mesures professionnelles mises en œuvre par l'intimé s'étaient soldées par des échecs. Les experts avaient omis de prendre en compte les conséquences de ses atteintes à la santé dans toute leur portée, en particulier s'agissant du Südeck et des atteintes veineuses, qui étaient pas ou peu présentes en début de journée, mais qui empêchaient toute activité l'après-midi. Elle a sollicité l'octroi d'un délai de trois mois afin de déposer une appréciation médicale objective sur cette question.

Le 6 novembre 2017, l'intimé a maintenu sa position, relevant que l'instruction avait été menée à satisfaction de droit.

Par courrier du 7 décembre 2017, la juge en charge de l'instruction a imparti à la recourante un délai pour produire l'appréciation médicale dont elle avait fait référence dans sa réplique.

Le 14 septembre 2018, dans le délai prolongé par la juge en charge de l'instruction, la recourante a confirmé ses conclusions principales tendant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et a conclu, à titre subsidiaire, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire. Elle a produit un rapport établi le 7 août 2018 par le Dr GG.\_\_\_\_\_, médecin à la Clinique de rhumatologie de l'Hôpital [...], posant notamment le diagnostic de douleurs musculo-tendineuses des deux mollets, chroniques, apparues après un accident de la voie publique, multi-investiguées et dont une IRM (imagerie par résonance magnétique) récente de la cheville droite démontrait une tendinopathie d'insertion du tendon d'Achille droit, ainsi que le diagnostic d'arthrite de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil gauche sur goutte probable en 2012. Le Dr GG.\_\_\_\_\_ souhaitait obtenir l'avis d'un neurologue et d'un angiologue afin d'exclure un problème neurologique et vasculaire. Si ces avis ne révélaient rien de particulier, le diagnostic le plus probable serait celui de tendinose bilatérale des deux tendons d'Achille. La patiente devait avoir un travail lui permettant la rotation des efforts debout avec des périodes de repos assise. Le port de charges, les escaliers et les positions accroupies étaient déconseillés. Un travail continu à 100 % était peu réalisable. Il a estimé la capacité de travail dans une activité adaptée à environ 50 %, à réévaluer lors d'un éventuel emploi.

Le 5 octobre 2018, l'intimé a maintenu sa position, en se référant à un avis du 3 octobre 2018 du Dr X.\_\_\_\_\_ du SMR, joint en annexe. Selon le médecin, le rapport produit par la recourante n'apportait pas d'élément permettant de conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la présence de troubles incapacitants. Les diagnostics listés étaient déjà connus, exceptée la tendinite d'insertion du tendon d'Achille, laquelle était une affection transitoire. Les limitations

fonctionnelles énumérées étaient en outre superposables à celles retenues par le SMR.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 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)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité à la suite de la nouvelle demande de prestations qu'elle a déposée le 12 novembre 2013.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du

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

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. art. 16 LPGA).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

**c)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3, 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 loc. cit., avec la jurisprudence citée).

**d)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité (au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA). En 2015, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière

d'évaluation du droit à une rente AI en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2 et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité). Le Tribunal fédéral a récemment étendu l'application de la procédure d'examen structurée d'administration des preuves à l'ensemble des maladies psychiatriques, en particulier aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 418 et 143 V 409).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, et donc désormais de tout trouble psychique, suppose en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que

l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération.

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

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés

(consid. 4.4 de l'arrêt cité). Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

**4. a)** Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5, 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C\_399/2015 du 11 février 2016 consid. 2, 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 3). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition (ATF 130 V 71 consid. 3 ; TF 9C\_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1) qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur

demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1).

**b)** Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références citées). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

**5.** En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée de novembre 2013 et a procédé à l'instruction du cas. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force – soit la décision du 28 septembre 2010 – et la décision litigieuse du 21 février 2017, l'état de santé de la recourante s'est modifié de façon à influencer son droit à une rente d'invalidité.

On rappellera que la première demande de prestations de l'assurée a été motivée par ses atteintes au pied droit consécutives à l'accident du 21 juin 2009. La décision initiale de refus de prestations du 28 septembre 2010 se fondait pour l'essentiel sur les conclusions du Dr T.\_\_\_\_\_, lequel avait retenu une algoneurodystrophie de la cheville droite, ainsi qu'une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle, l'assurée ayant notamment repris son activité au V.\_\_\_\_\_ à 100 %.

Dans le cadre de sa nouvelle demande, la recourante a fait valoir une péjoration de son état de santé, non seulement au niveau des séquelles de l'accident, mais également au plan psychique.

**a)** Sur le plan somatique, les volets neurologique et orthopédique de l'expertise du 7 avril 2016 du H.\_\_\_\_\_ remplissent les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. En effet, les Drs J.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ se sont prononcés après avoir examiné l'assurée, et en pleine connaissance de l'anamnèse. Ils ont en outre pris en compte les plaintes de l'intéressée. Les appréciations de la situation médicale sont claires. En particulier, sur le plan neurologique, l'expert a détaillé ses constatations médicales, et ses conclusions, selon lesquelles il n'y a pas d'atteinte ou de participation neurologique significative, sont bien motivées. Il n'a de surcroît pas restreint son appréciation aux seuls éléments liés à l'accident du 21 juin 2009 (cf. consid. 5b infra). Au plan orthopédique, le spécialiste a retenu des limitations en lien avec la station debout et les marches de longue durée. Il y a ainsi lieu de se rallier aux conclusions de ces spécialistes. Dans son rapport du 7 août 2018, le Dr GG.\_\_\_\_\_ a souhaité obtenir l'avis d'un neurologue afin d'exclure un problème neurologique, ce qui a déjà été fait de manière convaincante par le Dr M.\_\_\_\_\_. Le Dr GG.\_\_\_\_\_ a également suggéré un examen par un angiologue, ce qui a aussi déjà été effectué, par le Dr B.\_\_\_\_\_. Ce dernier a constaté que les douleurs du membre inférieur gauche n'étaient pas à mettre en rapport avec la thrombose veineuse profonde, ni avec l'insuffisance veineuse superficielle, avant de conclure qu'elles étaient d'origine indéterminée (cf. rapport du 28 juillet 2015 du Dr B.\_\_\_\_\_ annexé à l'expertise). Il n'y a ainsi pas lieu de mettre en œuvre les examens complémentaires évoqués par le Dr GG.\_\_\_\_\_.

**b)** Sur le plan psychique, l'expertise du 7 avril 2016 du H.\_\_\_\_\_ se révèle en revanche insuffisante pour se déterminer en toute connaissance de cause sur l'état de santé de l'assurée au regard de l'assurance-invalidité.

Pour mémoire, le dossier contient un premier rapport d'expertise du H.\_\_\_\_\_, daté du 2 mai 2014. Cette expertise pluridisciplinaire a été mise en œuvre par l'assureur-accidents à la suite

de l'arrêt du 30 septembre 2013 de la Cour de céans et visait essentiellement à analyser la question du lien de causalité naturelle entre les atteintes de l'assurée et l'accident. Au plan psychiatrique, les experts ont retenu un syndrome douloureux somatoforme persistant et un épisode dépressif léger sans syndrome somatique, en précisant que l'état psychique n'était pas en lien de causalité naturelle avec l'accident et qu'une activité à 100 % était exigible. La question du lien de causalité était également au cœur du complément d'expertise du Dr D.\_\_\_\_\_, transmis à l'OAI le 5 février 2015. Le psychiatre a en effet conclu que les plaintes encore présentées par l'assurée ne trouvaient plus d'explications en relation de causalité probable avec l'accident et que ce lien de causalité devait être limité à une période de deux ans après cet événement.

Estimant que les éléments au dossier ne lui permettaient pas de se déterminer sur la capacité de travail de l'intéressée, le SMR a conclu à ce qu'une expertise rhumato-psychiatrique soit mise en œuvre (cf. avis médical du 19 mars 2015) et a informé l'assureur-accidents qu'il allait participer aux frais d'une telle expertise (cf. courrier du 2 avril 2015). Toutefois, même si le rapport d'expertise du 7 avril 2016 - confiée par F.\_\_\_\_\_, au H.\_\_\_\_\_ - répond aux questions de l'OAI (cf. p. 25 ss), il a été rédigé par les mêmes spécialistes que celui de 2014 et ne comporte pas de volet rhumatologique. Un syndrome douloureux somatoforme persistant est retenu, et considéré comme sans effet sur la capacité de travail de l'assurée, alors qu'aucun expert rhumatologue ne s'est prononcé. Par ailleurs, l'expert psychiatre retient que ce syndrome et la dysthymie n'ont pas de répercussion sur ladite capacité sans avoir compris qu'il devait également analyser la situation sur le plan de l'assurance-invalidité. En effet, il conclut à l'absence de lien de causalité naturelle entre l'accident et l'état psychique actuel et ajoute qu'en l'absence d'un tel lien, il n'y a pas de raison d'évoquer la présence de limitation fonctionnelle. Or la question du lien de causalité n'entre pas en ligne de compte dans le domaine de l'assurance-invalidité. Surtout, le psychiatre précise expressément qu'au vu de l'évaluation demandée par un assureur-accidents, son appréciation ne tient pas compte des récentes

modifications de jurisprudence concernant les troubles somatoformes, à savoir l'évaluation de la capacité de travail à la lumière de différents critères retenus par le Tribunal fédéral.

L'avis médical du 9 juin 2016 du Dr X.\_\_\_\_\_ ne permet pas de remédier aux lacunes de l'expertise sur le plan psychique. Ce médecin, qui n'est au demeurant pas psychiatre, évoque très brièvement certains critères définis par la jurisprudence, avant de conclure à une capacité totale de travail. Il mentionne notamment que compte tenu de la description des activités quotidiennes (cf. p. 12 de l'expertise) et des ressources de l'assurée, le syndrome douloureux somatoforme n'est pas incapacitant. Cependant, il ressort de dite description qu'en dehors de son travail à titre thérapeutique en tant qu'employée du snacking des auditoires du V.\_\_\_\_\_, exercé à 30 %, l'assurée n'effectuait pas d'autres activités. C'est à tort que le Dr X.\_\_\_\_\_ fait état d'une femme active, qui s'occupe des courses, se promène, fait le ménage et gère l'administration, alors que l'expertise précise que l'intéressée ne s'occupe ni du ménage, ni de la préparation des repas, et qu'elle ne mentionne rien quant à l'administration et aux courses. Par ailleurs, le Dr X.\_\_\_\_\_ relève l'absence de lien de causalité naturelle entre l'accident et l'état psychique actuel, ce qui ne présente aucun intérêt dans une procédure en matière d'assurance-invalidité.

Finalement, on ne saurait d'emblée nier l'aspect incapacitant d'un trouble somatoforme douloureux, alors qu'aucun rhumatologue n'a examiné l'intéressée dans le cadre de l'expertise et que la question des indicateurs n'a ni été analysée par l'expert psychiatre - ce qu'admet ce dernier - ni de manière satisfaisante par le SMR. A réception du rapport du 7 avril 2016, le SMR aurait dû rappeler au H.\_\_\_\_\_ le sens de sa demande et ses attentes quant au contexte de l'expertise. Pour le surplus, le rapport établi le 7 août 2018 par le Dr GG.\_\_\_\_\_ n'est pas suffisant à lui seul pour trancher la question de la capacité de travail de la recourante. Ainsi, les éléments figurant au dossier en rapport avec les plans rhumatologique et psychiatrique ne permettent pas de statuer en toute connaissance de cause.

**6. a)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**b)** En l'occurrence, les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière satisfaisante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, pour qu'il en complète l'instruction. Il lui incombera de mettre en œuvre un complément d'expertise auprès du H.\_\_\_\_\_, avec un volet rhumatologique et psychiatrique, conformément à l'art. 44 LPGA, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre

spécialité médicale jugée opportune par les experts. Il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision.

**7.** La recourante a requis son audition « au cours d'une audience publique ».

**a)** L'art. 30 al. 3 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), selon lequel l'audience et le prononcé du jugement sont publics, ne confère pas au justiciable de droit à une audience publique. Il se limite à garantir qu'une telle audience se déroule publiquement lorsqu'il y a lieu d'en tenir une. Le droit à des débats existe seulement pour les causes qui bénéficient de la protection de l'art. 6 § 1 CEDH (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101), lorsque la procédure applicable le prévoit ou lorsque sa nécessité découle des exigences du droit à la preuve (ATF 128 I 288 consid. 2.6). L'art. 6 § 1 CEDH garantit notamment à chacun le droit à ce que sa cause soit entendue publiquement. L'obligation d'organiser des débats publics au sens de cette disposition suppose une demande formulée de manière claire et indiscutable. Une requête de preuve (demande tendant à la comparution personnelle, à l'interrogatoire des parties, à l'audition de témoins ou à une inspection locale) ne suffit pas à fonder une telle obligation (ATF 122 V 47 consid. 2c et 3a ; TF 9C\_442/2018 du 16 octobre 2018 consid. 2.1 et 2.2).

**b)** En l'espèce, l'assurée, représentée par un mandataire professionnel, n'a pas formulé de manière claire et indiscutable une demande pour la tenue de débats publics au sens de l'art. 6 § 1 CEDH. Dans son recours, elle a sollicité son audition dans le cadre d'une audience publique, ce qui correspond à une requête de preuve, soit une demande tendant à sa comparution personnelle. Conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus, notamment à l'arrêt TF 9C\_442/2018 précité, portant sur une demande du recourant à ce que ses médecins traitants soient entendus « en séance publique », une telle demande ne suffit pas à fonder une obligation d'organiser des débats publics selon l'art. 6 § 1 CEDH. Au demeurant, la publicité des débats implique le droit pour le justiciable de

plaider sa cause lui-même ou par l'intermédiaire de son mandataire. Etant assistée d'un avocat, si la recourante avait voulu des débats publics, elle les aurait requis expressément pour que son mandataire puisse plaider sa cause et ne se serait pas limitée à demander son audition personnelle.

Pour le surplus, la Cour de céans considère qu'il n'y a pas lieu de procéder à l'audition de la recourante, dès lors qu'une telle mesure d'instruction ne modifierait pas, selon toute vraisemblance, l'appréciation qui précède (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 ; TF 9C\_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2).

**8. a)** En conclusion, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, les frais doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Ayant obtenu gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD). Le montant de ces derniers est déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige. En l'occurrence, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'000 fr., supportés par l'OAI (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

**I.** Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 21 février 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée.
- III. La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.
- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jean-Michel Duc (pour P. \_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :