

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 juin 2019

---

Composition : M. NEU, président  
Mmes Di Ferro Demierre et Berberat, juges  
Greffière : Mme Berseth

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me François Gillard, avocat à Bex,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 et 17al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI ;  
art. 88a al. 1 RAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...] au [...], mère de deux enfants nés en 197 [...] et 198 [...], est arrivée en Suisse en 1990 en qualité de requérante d'asile, sans ses enfants. Elle a bénéficié d'une admission provisoire (permis F), avant d'acquérir la nationalité suisse en 2008. Au plan professionnel, elle a exercé différentes activités lucratives, telles que nettoyeuse, femme de chambre, aide de cuisine et ouvrière.

**b)** Le 15 mai 2001, l'assurée a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle connaissait d'importantes séquelles à l'avant-pied droit des suites d'une blessure par balle en 1985. Procédant à l'instruction de la demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a mis en œuvre une expertise orthopédique, confiée au Dr J.\_\_\_\_\_ (rapport du 15 juillet 2005), une expertise psychiatrique auprès du Dr W.\_\_\_\_\_ (rapport du 13 septembre 2005), ainsi qu'un examen bidisciplinaire auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR ; rapport du 18 mai 2006). Par décision du 29 novembre 2007, l'office a refusé l'octroi d'une rente, estimant que l'assurée présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et que son degré d'invalidité se limitait à 10%, ce qui ne suffisait pas à ouvrir le droit à une rente ni à un reclassement professionnel.

**c)** L'assurée a également déposé le 14 février 2011 une demande d'allocation pour impotent, laquelle a été rejetée par décision du 7 décembre 2011, l'enquête diligentée au domicile de l'intéressée ayant démontré que l'assurée n'avait besoin d'aide que pour se déplacer, les autres actes de la vie courante pouvant être effectués de manière autonome.

**B.** L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 2 mai 2012, au motif qu'elle s'était fracturé les deux pieds et la colonne vertébrale lors d'une chute dans les escaliers le 2 mars 2012.

L'assurée a séjourné à la S.\_\_\_\_\_ (ci-après : S.\_\_\_\_\_) du 21 mars au 12 juin 2012, où elle a notamment bénéficié d'un consilium psychiatrique, d'un examen neuropsychologique, de différentes investigations au plan somatique ainsi que de thérapies physiques et fonctionnelles en lien avec les fractures subies lors de l'accident du 2 mars 2012. Dans un rapport du 18 juin 2012, les Drs H.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, respectivement rhumatologue et médecin-assistant auprès de la S.\_\_\_\_\_, où l'assurée a séjournée du 21 mars au 12 juin 2012, ont retenu les diagnostics de fractures des deux calcanéï, fracture-tassement de L1 le 2 mars 2012, de réduction fermée et ostéosynthèse percutanée des deux calcanéums le 6 mars 2012, de spondylodèse D12-L2 percutanée le 6 mars 2012, de trouble de l'adaptation, avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, de syndrome de dépendance à l'alcool, d'antécédent d'explosion d'une bombe avec lésion au pied droit, d'antécédent de toilette articulaire et allongement de l'extenseur en raison d'une nécrose post-traumatique du premier métatarsien droit, d'antécédent d'une arthrodèse de la première articulation métatarsophalangienne (MTP) droite en 1997, d'antécédent d'ablation du matériel d'ostéosynthèse (ci-après : AMO) en 1998 et arthroplastie du deuxième orteil droit, d'antécédent de tenosynovite de De Quervain du poignet gauche avec kyste téno-synovial et thrombus veineux face palmaire du poignet gauche opérée en 2010, d'antécédent d'intoxication à la fumée et monoxyde de carbone, brûlure laryngée grade II, brûlure trachéo-bronchique grade I, atélectasies du lobe supérieur de poumon droit en 2004, dans les suites d'un incendie. Au status de sortie, les médecins ont constaté que l'assurée était capable de marcher sur de petites distances sans cannes, et sur 65 mètres avec canne avec charge complète. Ils ont retenu une totale incapacité de travail, à réévaluer selon l'évolution.

Dans le cadre de la détermination de son statut, l'assurée a indiqué le 1<sup>er</sup> juin 2012 que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait depuis 2006 à 100% en qualité d'ouvrière d'usine, par nécessité financière.

Dans un rapport du 18 juillet 2012 à l'OAI, le Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin traitant, a retenu les diagnostics incapacitants de fractures des deux calcanéums, fracture tassement de L1, réduction fermée et ostéosynthèse percutanée des deux calcanéums, spondylodèse de D12-L2 en percutanée, d'épisode dépressif moyen depuis plusieurs années, d'éthylisme chronique actif, de gonarthrose droite, de status post blessure par balle de la 1<sup>ère</sup> MTP droite avec nécrose post-traumatique, de status post multiples opérations du pied droit, de status post opération du canal carpien gauche, de status post arthrodèse MP D1 (métacarpophalangienne doigt 1) gauche, de status post section et plastie de la première coulisse et excision du kyste, excision thrombus face palmaire poignet gauche. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail de 100% dès le 30 septembre 2003 et émis un pronostic défavorable, mentionnant notamment au titre de l'anamnèse des tentamens médicamenteux.

Dans un rapport du 19 avril 2013 à l'OAI, le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à l'Hôpital [...], a posé les diagnostics de fracture ouverte de Wedge en compression-flexion de L1 avec fracture des deux calcanéï, de status post spondylodèse D12-L2 en percutané à l'Hôpital [...] et de status post réduction fermée et ostéosynthèse percutanée des deux calcanéï. Il a attesté une incapacité de travail de 100% dès le 2 mars 2012, date de l'accident, précisant que la patiente ne pouvait pas se déplacer pour de longues durées à cause des douleurs chroniques au niveau du dos ainsi que des deux membres inférieurs. La patiente avait développé une arthrose sous-talienne des deux membres inférieurs susceptibles de nécessiter une arthrodèse.

Par décision du 2 septembre 2014, la Justice de paix a institué une curatelle de représentation et de gestion en faveur de l'assurée.

Le 16 décembre 2014, l'assurée a été opérée à l'épaule droite (débridement arthroscopique et tenotomie du long chef du biceps).

Le 31 mars 2015, l'assurée a subi une arthrodèse sous-talienne bilatérale.

Sur avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), l'OAI a ordonné le 29 juillet 2015 la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, dont la réalisation a été confiée à la D.\_\_\_\_\_. Dans un rapport d'expertise du 13 juin 2016, les Drs M.\_\_\_\_\_, rhumatologue, Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, F.\_\_\_\_\_, psychiatre, et R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, ont retenu les diagnostics de dégénérescence étagée (uncarthrose) C3 à C7, de dégénérescence étagée (discopathie L1 à L2 et L5 à S1, arthrose interapophysaire postérieure L5 à S1), de fracture tassement cunéiforme du corps vertébral de L1, de rupture transfixiante du tendon du muscle supra-épineux et inflammation du tendon du muscle long biceps à l'épaule droite, d'inflammation et kyste (tendinite de De Quervain) du poignet gauche, d'instabilité chronique du ligament collatéral radial, arthrose et rhizarthrose du pouce gauche, de fracture des calcanéums et arthrose secondaire des deux pieds, de gonarthrose, de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, avec utilisation actuelle de la drogue (F10.24), de troubles mentaux et troubles du comportement lié à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance (F13.2), d'état de stress post-traumatique (F43.1), status post, et de possible majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Les experts ont estimé que l'exercice des activités habituelles, telles que ouvrière, aide de laboratoire, femme de chambre et aide de cuisine, n'était plus exigible depuis le 2 mars 2012. Ils ont par contre retenu que dans une activité adaptée n'impliquant en substance pas de port de charges, pas de porte-

à-faux lombaire, pas de position debout prolongée ni accroupie, pas de travail en hauteur, ni de montée et descente des escaliers de manière répétitive, ni dans un domaine donnant un accès facile à l'éthyle, l'assurée avait présenté une incapacité de travail à 100% du 2 mars 2012 au 31 juillet 2015, avant de recouvrer une pleine capacité de travail dès le 1<sup>er</sup> août 2015.

Par courrier du 26 juillet 2016, représentée par Me François Gillard, l'assurée a contesté les conclusions de l'expertise de la D.\_\_\_\_\_. Elle a indiqué qu'elle recourait toujours à l'aide quotidienne du CMS (centre médico-social) et qu'elle utilisait le plus souvent une chaise roulante pour se déplacer, le Dr I.\_\_\_\_\_ lui ayant recommandé de ne marcher que sur de très courtes distances.

Dans un rapport du 27 septembre 2016 à l'OAI, le Dr I.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de status post arthrodèse sous-talienne bilatérale, de status post spondylodèse avec AMO, de décompensation d'une tendinite au niveau de l'extenseur du pouce droit et de douleurs polyarticulaires essentiellement au niveau des épaules. Il a attesté une totale incapacité de travail, en raison des douleurs polyarticulaires, précisant que la position assise prolongée provoquait de nouveau des douleurs au bas du dos et que la position debout prolongée était impossible compte tenu des deux arthrodèses sous-taliennes et de l'incapacité de marcher. Le Dr I.\_\_\_\_\_ a encore précisé que les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical étaient des limitations de travailler en position debout ou assise prolongée, ainsi que de porter des charges.

A teneur d'une fiche de calcul du 7 novembre 2016 procédant à la comparaison des revenus réalisables par l'assurée avec et sans invalidité, l'OAI a arrêté le préjudice économique subi par l'intéressée à 10%, tout en précisant que les activités de production, de conditionnement et de contrôle dans l'industrie légère étaient adaptées aux limitations fonctionnelles de l'intéressée.

Par courrier du 11 novembre 2016 à l'OAI, l'assuré a fait valoir que les avis des experts et du Dr I. \_\_\_\_\_ n'étaient pas conciliables et a demandé à l'office de soumettre le dernier rapport du Dr I. \_\_\_\_\_ aux experts de la D. \_\_\_\_\_ pour détermination.

Dans un rapport du 22 novembre 2016, le Dr I. \_\_\_\_\_ a fait l'appréciation suivante :

« Elle est gênée par le matériel d'ostéosynthèse avec toujours cette marche précaire nécessitant le port d'une canne.

L'examen clinique montre des cicatrices calmes, pas de fausse mobilité, pas de trouble neuro-vasculaire défini dans un territoire.

Un bilan radiologique qui mettait en évidence une consolidation de ces 2 arthrodèses (red. : sous-taliennes).

Indication à une AMO le 06.12.2016.

Cependant sur le plan général de cette patiente qui a plusieurs comorbidités à savoir des troubles de la marche avec un status post spondylodèse D11-L1 en 2012 sur un status d'une arthrodèse sous-talienne bilatérale en mars 2015, une hospitalisation régulière en service de médecine le dernier ayant eu lieu du 25.08.2016 au 14.09.2016 pour une décompensation de douleurs dorsales et d'une virose, je me pose la question quant au réalisme de sa reprise de travail.

En effet, cette patiente ne peut pas accomplir des tâches régulières dans un contexte régulier et à mon avis ne peut pas travailler dorénavant tant pour les causes orthopédiques que pour les causes somatiques.

Je l'avais déjà signalé dans un courrier précédent. Ses limitations sont vraiment trop poussées pour envisager une fonction quelconque dans un travail quelconque. »

Par courrier du 24 décembre 2016, l'assurée a signalé à l'OAI que son état de santé s'était encore détérioré et qu'elle devait subir une nouvelle opération en janvier 2017. Elle a notamment joint à son envoi un rapport du 11 décembre 2016 du Dr Q. \_\_\_\_\_, lequel retenait en substance que sa patiente présentait des limitations fonctionnelles graves tant somatiques que psychiatriques la privant de toute capacité de travail dans quelque métier que ce soit, même les plus légers (impossibilité de rester debout ou assis plus que 10-15 minutes, de marcher, de se baisser, de se tourner, de se mettre à genoux, de monter et descendre les escalier, de travailler avec les mains en dessus de la tête, de porter des poids supérieurs à 5 kg maximum sur une station statique, debout, mais pas en marchant car elle ne marche que sur des petites distances avec l'aide des

cannes, forte diminution de compréhension, aucune résistance psychologique, aucune capacité d'adaptation et de concentration).

Par courrier du 25 janvier 2017 à l'OAI, l'assurée a confirmé que son état de santé avait connu une aggravation depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2016, qu'elle avait subi une opération en décembre 2016 et qu'une nouvelle intervention était prévue en février 2017.

Dans un avis du SMR du 30 janvier 2017, le Dr N.\_\_\_\_\_ a préconisé une instruction complémentaire auprès des médecins traitants en mars 2017, à un mois de la seconde intervention chirurgicale prévue en février 2017.

Interpellé par l'OAI, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a indiqué le 1<sup>er</sup> mars 2017 que l'assurée avait été opérée en décembre 2016 et qu'une ablation du matériel d'ostéosynthèse était prévue le 13 mars 2017. Il a estimé que l'état de sa patiente s'était aggravé depuis son dernier rapport en raison des opérations, l'intéressée se déplaçant en fauteuil roulant. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a attesté une totale incapacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Il a au surplus renvoyé à son rapport du 11 décembre 2016 s'agissant des limitations fonctionnelles.

Renseignant à son tour l'OAI dans un rapport du 23 mai 2017, le Dr I.\_\_\_\_\_ a fait état d'une évolution plutôt favorable après l'AMO au niveau des deux calcanéums dans le cadre de l'arthrodèse sous-talienne bilatérales. Il a également relevé que la patiente se déplaçait tantôt avec une chaise roulante, que la mobilisation de la cheville était tout à fait cohérente et symétrique des deux côtés, que dans le contexte des douleurs lombaires, le bilan radiologique ne mettait pas en évidence un affaissement secondaire sur un status post fracture de L1 et que l'assurée ne présentait pas de trouble neuro-vasculaire. Le Dr I.\_\_\_\_\_ a prescrit de la physiothérapie de proprioception.

Dans un avis du SMR du 23 juin 2017, le Dr N.\_\_\_\_\_ a retenu que selon le rapport du Dr I.\_\_\_\_\_ du 23 mai 2017, sur le plan

somatique, au décours d'une incapacité de travail liée à l'AMO au niveau des chevilles, la situation qui prévalait lors de l'expertise de la D. \_\_\_\_\_ avait été rétablie, et que l'assurée disposait à nouveau d'une capacité de travail non diminuée dans une activité adaptée, légère biomécaniquement. Au plan psychiatrique, le Dr N. \_\_\_\_\_ a estimé qu'aux termes des conclusions prises à l'issue de l'examen réalisé par le SMR en 2006 et par la D. \_\_\_\_\_ en 2016, l'assurée souffrait d'une majoration des symptômes pour raisons psychologiques et d'une dépendance à l'alcool, qui ne constituait pas des psychopathologies invalidantes. Le Dr N. \_\_\_\_\_ a encore retenu qu'il n'existait au dossier aucun document médical objectif appuyant les avis des Drs Q. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_ dans le sens d'une totale incapacité de travail dans toute activité.

Par projet de décision du 3 juillet 2017, l'OAI a signifié à l'assurée son intention de lui accorder une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars 2013 au 31 octobre 2015, puis du 1<sup>er</sup> décembre 2016 au 31 juillet 2017. L'office retenait en substance que l'assurée avait présenté une totale incapacité de travail depuis le 2 mars 2012, que cette incapacité avait perduré dans son activité habituelle, mais que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité physiquement légère, n'imposant pas de longs déplacements à pied et permettant l'alternance des positions assis/debout, l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail dès le 1<sup>er</sup> août 2015. Elle s'était ensuite retrouvée en totale incapacité de travail du 6 décembre 2016 au 13 avril 2017, en raison d'interventions chirurgicales subies les 6 décembre 2016 et 13 mars 2017. Dès le 13 mai 2017, elle avait récupéré une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Durant les périodes où l'exercice d'une activité adaptée était exigible, son degré d'invalidité s'élevait à 10%, ce qui était insuffisant pour permettre le maintien d'une rente d'invalidité.

Le 21 août 2017, l'assurée a fait part de ses objections au projet de décision précité, arguant en substance que si l'intervention chirurgicale pratiquée en mars 2017 avait connu des suites

postopératoires certes positives, elle n'avait eu aucun impact sur ses limitations fonctionnelles.

Par décision du 19 février 2018, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars 2013 au 31 octobre 2015, puis du 1<sup>er</sup> décembre 2016 au 31 juillet 2017.

**C.** Entretiens, par décision du 11 juillet 2017, l'OAI a octroyé à l'assurée une allocation pour impotent de degré faible pour la période du 1<sup>er</sup> mars 2013 au 30 novembre 2015 (décision du 11 juillet 2017), puis pour la période courant dès le 1<sup>er</sup> décembre 2017 (décision du 14 mars 2018), un besoin d'aide ayant été reconnu pour faire sa toilette ainsi que pour se déplacer et entretenir des contacts sociaux.

**D.** Par acte du 22 mars 2018, C.\_\_\_\_\_, toujours représentée par Me François Gillard, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 19 février 2018, dont elle a conclu principalement à la réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité sans limitation dans le temps, et subsidiairement à l'annulation, suivie du renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. La recourante conteste l'évaluation de sa capacité de travail telle que faite par l'intimé, de même que le calcul de son préjudice économique. Elle fait également grief à l'intimé d'avoir procédé à une instruction lacunaire du dossier. Au titre de mesure d'instruction complémentaire, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale. A l'appui de sa contestation, elle a notamment produit un rapport d'expertise établi le 11 septembre 2017 par le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, sur requête de la Justice de Paix, dans le cadre d'une procédure de requête de levée de la mesure de curatelle.

Dans une réponse du 31 mai 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise. Il a produit un avis du SMR du 15 mai 2018, aux termes duquel le Dr N.\_\_\_\_\_ fait notamment valoir que l'expertise du Dr V.\_\_\_\_\_ n'était pas dédiée à la

détermination de la capacité de travail mais à la question du maintien de la mesure de curatelle dont l'assurée était l'objet.

Par réplique du 7 août 2018 et déterminations du 10 janvier 2019 (pour la recourante), et par duplique du 5 septembre 2018 (pour l'intimé), les parties ont maintenu leurs conclusions.

Le 10 avril 2019, Me Gillard a encore produit pour la recourante un courrier que lui a adressé le Dr I. \_\_\_\_\_ le 1<sup>er</sup> mars 2019, aux termes duquel ce médecin atteste une capacité de travail nulle dans toute activité, tant en raison des problèmes de dos que des deux hanches. Le Dr I. \_\_\_\_\_ a précisé que sa patiente était incapable de se déplacer sans ses deux cannes, de monter et descendre les escaliers et de se déplacer sur un terrain accidenté, ses douleurs n'étant en outre pas encore contrôlées.

Le 13 juin 2019, Me Gillard a produit sa liste des opérations.

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Est en l'espèce litigieux le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité. Dès lors que par la décision entreprise, l'OAI lui a alloué une rente d'invalidité limitée dans le temps, pour les périodes courant du 1<sup>er</sup> mars 2013 au 31 octobre 2015, puis du 1<sup>er</sup> décembre 2016 au 31 juillet 2017, se pose singulièrement la question de savoir si l'état de santé de l'intéressée a connu une amélioration permettant à l'intimé de supprimer son droit à la rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> novembre 2015, puis dès le 1<sup>er</sup> août 2017.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à

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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**c)** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, 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 [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

**d)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Le Tribunal fédéral a récemment retenu qu'il y a lieu d'appliquer à toutes les maladies psychiques, et en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes, la procédure d'administration des preuves prévalant en matière de troubles douloureux sans substrat organique (troubles somatoformes douloureux) et de troubles psychosomatiques analogues, à savoir au moyen d'une grille d'indicateurs, puisque des problèmes de preuve analogues se posent pour les maladies psychiques (ATF 143 V 409 et 143 V 418).

**4.** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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, il est déterminant 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 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 ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**5. a)** Dans le cas d'espèce, l'intimé s'est fondé sur les conclusions du rapport d'expertise du 13 juin 2016 de la D.\_\_\_\_\_ pour retenir que la recourante avait présenté une totale incapacité de travail depuis l'accident du 2 mars 2012 jusqu'au 31 juillet 2015, puis que dès le 1<sup>er</sup> août 2015, elle avait recouvré une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité physiquement légère, n'imposant pas de longs déplacements à pied et permettant l'alternance des positions assise et debout. Suivant les

conclusions des experts, l'OAI a notamment estimé que l'assurée ne présentait pas d'atteintes incapacitantes d'ordre psychique, à tout le moins pas depuis le dépôt de sa demande de prestations du 2 mai 2012. L'OAI a ainsi alloué une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars 2013 (à l'échéance du délai d'attente d'un an dès le début de l'incapacité de travail de longue durée) jusqu'au 31 octobre 2015 (soit trois mois après l'amélioration durable constatée par les experts au 1<sup>er</sup> août 2015). L'OAI a encore reconnu le droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> décembre 2016 au 31 juillet 2017, estimant que les interventions chirurgicales subies par l'assurée en décembre 2016 et mars 2017 avaient causé une incapacité de travail jusqu'au 13 avril 2017, date de la consultation lors de laquelle le Dr I. \_\_\_\_\_ avait considéré une évolution post-opératoire favorable, selon les conclusions de son rapport du 23 mai 2017. L'intimé a ainsi retenu que dès le 13 avril 2017, l'intéressée avait retrouvé l'état de santé qui prévalait avant les interventions chirurgicales et que dès lors, l'exigibilité de l'exercice à 100% d'une activité adaptée telle que fixée par les experts de la D. \_\_\_\_\_ était à nouveau applicable.

**b)** Les conclusions de l'intimé ne sauraient cependant être suivies. En effet, le Tribunal fédéral a considéré que les expertises réalisées au sein de la D. \_\_\_\_\_ ne pouvaient servir de fondement à l'examen d'un droit à des prestations en raison de graves manquements aux devoirs professionnels constatés dans la gestion de l'institution, notamment de la part d'un médecin responsable du département d'expertises, qui avait modifié illicitement le contenu de rapports d'expertise. Les exigences liées à la qualité de l'exécution d'un mandat d'expertise médicale en droit des assurances sociales ne pouvaient en effet être suffisamment garanties, de sorte qu'il n'était pas possible d'accorder pleine confiance à une expertise rendue par un expert oeuvrant au sein de la D. \_\_\_\_\_. Le Tribunal fédéral a précisé que cette conclusion s'imposait indépendamment de savoir si, dans un cas particulier, le responsable médical à l'origine des manquements constatés était concrètement intervenu dans la rédaction du rapport d'expertise ou non (ATF 144 V 258 consid. 2.3.2 ; TF 2C\_32/2017 du 22 décembre 2017 consid. 7.3, 8F\_8/2018 du 7 janvier 2019 consid. 2.3). Le Tribunal fédéral a

également constaté que les organes de l'assurance-invalidité avaient renoncé à confier des mandats d'expertise à la D. \_\_\_\_\_ depuis 2015 (cf. réponse du Conseil fédéral à la question de Madame la Conseillère nationale Rebecca Ruiz 18.5054 "La clinique D. \_\_\_\_\_ a-t-elle encore la confiance de l'OFAS?" ; consultable sur le lien <[https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb /](https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20185054) \_\_\_\_\_ [suche-curia-vista/ geschaeft?AffairId=20185054](https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20185054)> [consulté le 23 novembre 2018] ; 8F\_8/2018 op. cit., consid. 2.3.3).

En l'occurrence, le rapport d'expertise établi par la D. \_\_\_\_\_ le 13 juin 2016 ne peut se voir reconnaître de valeur probante, ce qui implique que les conclusions des experts ne peuvent pas servir de fondement à l'examen du droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

**c)** De leur côté, les Drs Q. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_ estiment que les limitations fonctionnelles de la recourante l'empêchent d'exercer quelque activité professionnelle que ce soit, même des plus légères. Le Dr V. \_\_\_\_\_ retient quant à lui, au plan psychiatrique, les diagnostics de syndrome de dépendance à l'alcool actuellement probablement abstinent (F10.20) et de trouble de la personnalité sans précision (F60.9). Il ne se prononce toutefois pas sur les limitations fonctionnelles de l'intéressée au plan psychique ni sur sa capacité résiduelle de travail, tant il est vrai que ces questions n'étaient pas déterminantes dans le cadre de la cause civile dans laquelle dite expertise a été ordonnée par la Justice de Paix.

Si les appréciations respectives de ces médecins ne sont pas suffisamment claires, complètes et motivées pour se voir reconnaître pleine valeur probante et trancher valablement la question litigieuse, elles corroborent la nécessité d'instruire plus avant l'état de santé de la recourante dans sa globalité et son incidence sur sa capacité de travail et de gain. On relèvera également à cet égard que la recourante s'est vu octroyer une allocation d'impotence de degré faible du 1<sup>er</sup> mars 2013 au 30 novembre 2015 puis dès le 1<sup>er</sup> décembre 2017, un besoin d'aide ayant

été reconnu pour faire sa toilette ainsi que se déplacer et entretenir des contacts sociaux.

**d)** En définitive, il sied de constater que les éléments en main de la Cour de céans ne suffisent pas pour trancher la question litigieuse en toute connaissance de cause. Il se justifie de renvoyer le dossier à l'intimé, à qui il appartient au premier chef d'instruire (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'il mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, orthopédique et psychiatrique) au sens de l'art. 44 LPGA, les experts désignés gardant la faculté d'y associer toute autre spécialité médicale jugée opportune.

Il appartiendra aux experts de procéder à une évaluation globale de l'état de santé somatique et psychiatrique de la recourante, notamment dans le respect des principes arrêtés par la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de troubles psychiques (cf. ATF 143 V 409 et 143 V 418, renvoyant à l'ATF 141 V 281) en vue de définir précisément les diagnostics et les limitations fonctionnelles de la recourante, ainsi que de déterminer sa capacité résiduelle de travail. Il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

**6. a)** Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis 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 première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

**c)** Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 19 février 2018 par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'intimé.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à C. \_\_\_\_\_ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me François Gillard (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :