

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 mai 2021

---

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

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.** \_\_\_\_\_, 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. 28 LAI ; 16 et 17 al. 1 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** K.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1962, a été engagée en qualité d'employée de restauration à 100 % par le X.\_\_\_\_\_ 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 [...] SA.

Le 21 juin 2009, elle a été victime d'un accident de la circulation en Serbie, alors qu'elle était passagère d'un minibus. Elle a souffert d'une entorse du Lisfranc du pied droit et du ligament latéral externe de la cheville droite, de contusions lombaires, costales gauches, cervicales, ainsi que du pied et de la cheville gauches. L'évolution a été marquée par un syndrome de Südeck (SDRC) du pied droit dès le 23 septembre 2009 (cf. rapport du 8 février 2010 des Drs F.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au X.\_\_\_\_\_). Elle a présenté une incapacité de travail totale du 22 juin au 6 décembre 2009, puis de 50 % du 7 au 27 décembre 2009. B.\_\_\_\_\_, 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).

L'assurée a repris son emploi au X.\_\_\_\_\_ à 100 % dès le 28 décembre 2009, de même que son activité de nettoyeuse, malgré la persistance de douleurs et de difficultés pour les tâches lourdes.

Dans un avis du 25 juin 2010, le Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a retenu que la capacité de travail de l'assurée était totale tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, sans aucune limitation.

Par décision du 28 septembre 2010, l'OAI a refusé l'octroi de prestations à l'assurée.

**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 R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a expliqué suivre l'intéressée depuis mai 2012 pour un état dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2). 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 Q.\_\_\_\_\_, 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 C.\_\_\_\_\_, 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 C.\_\_\_\_\_ a notamment joint à son envoi un rapport du 7 mars 2011 du Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui avait procédé à une exérèse d'un nodule de la région antéro-interne de la jambe gauche à type de

nécrose de tissu adipeux enkysté le 17 février 2011, et un rapport du 3 juillet 2013 du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie, lequel concluait que les douleurs thoraciques et la dyspnée présentées par l'assurée étaient probablement liées à un état de stress, les douleurs thoraciques pouvant également être entretenues par l'activité professionnelle en cuisine.

Dans un rapport à l'OAI du 1<sup>er</sup> mai 2014, le Dr R.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) existant depuis 2012, et celui sans effet sur ladite capacité de séquelles d'un accident impliquant les membres inférieurs depuis 2009. Il a fait état d'une incapacité de travail totale depuis le 21 juin 2009.

Donnant suite à un arrêt de la Cour de céans (CASSO AA 36/12 - 88/2013), B.\_\_\_\_\_ a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès du M.\_\_\_\_\_ (ci-après : le M.\_\_\_\_\_) en vue notamment de faire la lumière sur le lien de causalité entre les atteintes persistant chez l'assurée au-delà du 22 novembre 2010 et l'accident du 21 juin 2009. L'assurée a été examinée par le Dr D.\_\_\_\_\_, neurologue, par le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et par le Dr S.\_\_\_\_\_, 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 (SDRC) 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 (F45.4), 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 et ont retenu que l'état psychique actuel était compatible avec une activité professionnelle à 100 %, sans diminution de rendement.

Dans un rapport à l'OAI du 26 juin 2014, accompagné d'un rapport de consultation du 7 mai 2014, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de tendinopathie chronique au tendon d'Achille droit, confirmé par un bilan par IRM. 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. A trois mois postopératoires de l'allongement du gastrocnémien selon Strayer, la situation évoluait de manière extrêmement favorable, ce qu'il a confirmé en date du 14 janvier 2015.

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

Le 5 février 2015, B.\_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI un rapport non daté du Dr L.\_\_\_\_\_, psychiatre au M.\_\_\_\_\_, auquel il avait été demandé d'effectuer un complément d'expertise portant principalement sur l'évolution des troubles et la causalité avec l'accident. Le Dr L.\_\_\_\_\_ y évoquait le besoin de réaliser une nouvelle expertise.

Par avis médical du 19 mars 2015, le SMR a préconisé de mettre en œuvre une expertise rhumato-psychiatrique en accord avec B.\_\_\_\_\_.

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 Q.\_\_\_\_\_).

Dans un rapport du 14 septembre 2015, la Dre G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine du travail au X.\_\_\_\_\_, 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 X.\_\_\_\_\_ 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).

A l'initiative commune du B.\_\_\_\_\_ et de l'OAI, une nouvelle expertise a été réalisée au M.\_\_\_\_\_ par les mêmes spécialistes que lors de la précédente expertise. Dans leur rapport du 7 avril 2016, les Drs T.\_\_\_\_\_, S.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ 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 :

« 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 K.\_\_\_\_\_ 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 assécurologique (assurance accident) de la présente évaluation. »

Les experts du M.\_\_\_\_\_ ont notamment joint un rapport du 28 juillet 2015 du Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en angiologie, posant les diagnostics de douleurs d'origine indéterminée du membre inférieur gauche et de status 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 Z.\_\_\_\_\_ 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. 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 SMR s'est rallié à l'appréciation des experts du M.\_\_\_\_\_. Il a retenu une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle depuis le 8 septembre 2013, soit dès la tendinopathie achilléenne et une capacité de travail 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 SMR a en outre considéré que le syndrome douloureux somatoforme n'était pas invalidant au regard des nouveaux critères jurisprudentiels.

Le X.\_\_\_\_\_ 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 [...] 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 C.\_\_\_\_\_ 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 [...] 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'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 C. \_\_\_\_\_ 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 X. \_\_\_\_\_, 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, au motif qu'elle présentait une capacité de travail totale dès le 23 juillet 2014 dans une activité adaptée et que son degré d'invalidité n'était que de 1,02 %.

**C.** Dans le cadre du recours interjeté contre cette décision auprès de la Cour de céans, l'assurée a produit un rapport établi le 7 août 2018 par le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, 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 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 E. \_\_\_\_\_ 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 difficilement réalisable. Il a estimé la capacité de travail dans une activité adaptée à environ 50 %, à réévaluer lors d'un éventuel emploi.

Par arrêt du 19 décembre 2018 (AI 106/17 - 368/2018), la Cour de céans a admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'un complément d'expertise auprès du M.\_\_\_\_\_, avec un volet rhumatologique et psychiatrique, en vue de déterminer l'éventuel caractère incapacitant du trouble somatoforme douloureux retenu. La Cour de céans a en outre précisé que l'expertise du M.\_\_\_\_\_ avait pleine valeur probante sur les plans neurologique et orthopédique, relevant que les examens par un neurologue et un angiologue recommandés par le Dr E.\_\_\_\_\_ avaient déjà été effectués.

**D.** Le 7 mars 2019, l'OAI a informé l'assurée de la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire commune avec B.\_\_\_\_\_, comportant des volets orthopédique, rhumatologique, neurologique et psychiatrique, et confiée au M.\_\_\_\_\_.

Le 18 mars 2019, l'assurée a transmis à l'OAI plusieurs documents médicaux. Dans un rapport établi le 19 novembre 2018, le Dr E.\_\_\_\_\_ indiquait qu'une scintigraphie osseuse avait permis de rendre la présence d'une algoneurodystrophie peu probable et qu'aucune cause angiologique n'avait pu être mise en évidence. Une origine musculaire avait été jugée peu probable. Le Dr E.\_\_\_\_\_ en concluait que les symptômes douloureux ne pouvaient pas être rattachés à une origine organique claire et étaient de caractère neuropathique, sans toutefois que l'ENMG réalisé ne démontre de signes de polyneuropathie. Il pouvait s'agir d'une maladie des petites fibres ou d'un syndrome douloureux chronique régional compliquant les « divers accidents et opérations des membres inférieurs ». Dans un rapport du 5 novembre 2018, le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et angiologie, a noté que le bilan vasculaire réalisé était plutôt rassurant, que la thrombose veine profonde du côté gauche était entièrement recanalisée, sans avoir laissé de séquelle, et que les séquelles post-thrombotiques dans le mollet droit concernaient une petite veine, qu'elles n'avaient certainement pas de répercussion clinique et ne pouvaient en aucun cas expliquer l'importance des douleurs.

Le nouveau rapport d'expertise du M. \_\_\_\_\_ a été rédigé le 23 août 2019. Les Drs P. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, J. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, D. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics suivants :

**« 4.2 Diagnostics pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail**

- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) avec dysthymie associée.
- Douleurs musculo-tendineuses aux deux mollets avec des signes de tendinopathie modérés à discrets au niveau du tendon d'Achille droit.
- Douleurs et troubles sensitivo-moteurs, sans substrat neurologique objectivable.
- Cervicalgies sur syndrome algo dysfonctionnel cervical.
- Dorsalgies fonctionnelles.
- Lombalgie commune sur spondylarthrose débutante.
- Hypothyroïdie substituée.
- Insuffisance veineuse superficielle des membres inférieurs.
- Status après allongement des gastrocnémiens à droite en janvier 2014.
- Status après entorse de la cheville droite compliquée d'une algoneurodystrophie de Sudeck.
- Status après contusions multiples suite à un accident de la circulation (lombaires, bassin, côtes, cervicales et aux deux jambes).
- Status après excision de deux nodules de stéatonecrose à la jambe gauche en 2011 et 2015, compliquée en 2015 d'une thrombose veineuse profonde du mollet gauche.

**4.3 Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles**

Les douleurs musculo-tendineuses aux deux mollets de Madame K. \_\_\_\_\_ en raison d'une tendinopathie, avérée à droite, ne lui permettent plus de travailler en position debout exclusivement et de marcher plus de 15 à 30 minutes. Il faut privilégier une activité alternant position assise, debout et marche sur de courtes distances en terrain régulier. La montée ou descente d'escaliers, d'échelle ou escabeau est à éviter. La charge doit être limitée à 5 kg. Elle ne peut être soumise à une cadence soutenue (travail à la chaîne).

Madame K. \_\_\_\_\_ ne présente pas de limitations fonctionnelles psychiques.

[...]

**4.7 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici**

Dans son activité habituelle d'aide de cuisine, la capacité de travail de Madame K. \_\_\_\_\_ est de 0%.

**4.8 Capacité de travail dans une activité adaptée**

La capacité de travail est complète dans une activité adaptée (plein temps avec un rendement de 100%). »

Dans un avis médical du 1<sup>er</sup> octobre 2019, le SMR s'est rallié aux conclusions des experts. Il a retenu comme diagnostics ayant des conséquences sur la capacité de travail un syndrome douloureux somatoforme persistant avec dysthymie (F45.4) et une tendinopathie modérée du tendon d'Achille droit. Il a considéré que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis le 8 septembre 2013 et totale dans une activité adaptée, sans perte de rendement, depuis au moins 2013, en dehors des périodes d'intervention chirurgicale et de leurs suites immédiates. Les limitations fonctionnelles étaient la nécessité d'alterner les positions, la limitation de la marche à 15-30 minutes, la limitation des charges à 5 kg, l'absence de montée d'échelles, d'escabeau ou d'escaliers de façon répétée, l'absence de travail cadencé, de mouvements répétitifs du tronc et de travail en hauteur.

Dans un nouvel avis du 4 octobre 2019, le SMR a précisé qu'aucune des incapacités de travail attestées pour des interventions et leurs suites n'avait entraîné une incapacité durable au sens de l'AI.

Par projet de décision du 15 octobre 2019, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de mesures professionnelles et de rente.

L'assurée a fait valoir ses objections par courriers des 13 novembre 2019 et 17 mars 2020. Elle a produit un rapport du 9 mars 2020 du Dr R.\_\_\_\_\_, dans lequel il a posé les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Il évoquait en outre l'existence d'un probable trouble cognitif léger associé à un trouble physique (F06.71). Sur le plan psychique uniquement, il a estimé que la capacité de travail ne dépassait pas 50 % et en tenant compte également du côté somatique, que la capacité de travail était nulle, même dans une activité occupationnelle.

Selon un avis du SMR du 9 juillet 2020, le psychiatre traitant faisait une appréciation différente d'un même état de fait s'agissant de la thymie et les éventuels troubles cognitifs légers qu'il évoquait avaient été réfutés par l'expert, qui avait pris en compte l'état cognitif de l'assurée. Un bilan neuropsychologique ne se justifiait donc pas et risquait d'ailleurs d'être invalidé puisque les experts avaient relevé chez l'assurée un comportement majorant et une collaboration limitée.

Par décision du 14 juillet 2020, l'OAI a rejeté la demande de mesures professionnelles et de rente de l'assurée. Il a retenu qu'elle disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, qui lui permettrait de réaliser un revenu de 64'906 fr. 37, calculé sur la base des données salariales statistiques pour un taux d'activité de 133 %, correspondant à celui précédemment exercé, et comprenant un abattement de 10 % en raison de ses limitations fonctionnelles. Son revenu sans atteinte à la santé se montait à 69'217 fr. 81, de sorte que son degré d'invalidité n'était que de 6,23 %.

Dans une lettre du même jour, l'OAI a répondu aux arguments avancés par l'assurée.

**E.** Par courrier à l'OAI du 3 août 2020 puis par formule officielle du 29 septembre 2020, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI au motif que son état de santé s'était aggravé depuis le 8 juin 2020. Elle a produit un rapport établi par le Dr C. \_\_\_\_\_ le 1<sup>er</sup> juillet 2020 qui indiquait qu'elle souffrait depuis deux mois d'une péjoration de ses douleurs de la cheville droite prédominant avec une atteinte inflammatoire des tendons, une atteinte dégénérative de l'articulation et une atteinte des ligaments internes, qui l'obligeaient à se déplacer avec des cannes anglaises. La sévérité des plaintes motivait une incapacité de travail totale depuis le 8 juin 2020. Le rapport de l'IRM de la cheville droite réalisée le 9 juin 2020 a mis en évidence l'apparition d'un important foyer d'infiltration œdémateuse de l'extrémité distale de la malléole interne, entourée d'une importante infiltration œdémateuse des

tissus mous adjacents, une tendinopathie marquée du tendon du muscle jambier postérieur et dans une moindre mesure des tendons des muscles long fléchisseur commun des orteils et jambier antérieur. Selon le Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, il pouvait s'agir des lésions séquellaires post-traumatiques ou d'une surcharge bio-mécanique chronique du compartiment interne.

Selon le compte rendu de la permanence SMR du 4 août 2020, il n'y avait cliniquement pas d'éléments de déficit d'amplitude et de perte de force.

**F.** Par acte de son mandataire du 28 août 2020, K.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision de l'OAI du 14 juillet 2020 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction, sous la forme d'une nouvelle expertise neutre complète. Elle a fait valoir que l'expert rhumatologue n'avait pas tenu compte du caractère invalidant de son SDRC, qui était toujours actif et entraînait une totale incapacité de travail depuis le 8 juin 2020, comme cela ressortait du rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> juillet 2020. Elle a considéré que l'expertise psychiatrique était incomplète, qu'elle ne tenait pas compte des diagnostics invalidants posés par le Dr R.\_\_\_\_\_, qu'elle retenait à tort qu'elle n'avait jamais eu de capacités relationnelles très développées et qu'elle était lacunaire puisqu'aucun examen neuropsychologique n'avait été effectué.

Dans sa réponse du 28 octobre 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 19 novembre 2020, la recourante a reproché aux experts de n'avoir pas tenu compte des atteintes à la santé invalidantes en lien avec son SDRC, en particulier sur le plan neurologique. Elle a également estimé qu'il y avait lieu de tenir compte de l'aggravation de son état de santé depuis le 8 juin 2020. Elle a contesté la revalorisation de son salaire d'invalidé à 133 % et considéré que l'abattement devait être d'au moins 15 % au regard de ses limitations fonctionnelles, de

l'absence de formation, des problèmes linguistiques et de son âge. Elle a requis la mise en œuvre d'une audience publique afin d'être entendue sur l'importance des séquelles de l'accident.

Dans sa duplique du 14 décembre 2020, l'OAI a rappelé que les difficultés linguistiques et le manque de formation professionnelle n'étaient pas déterminants puisque les activités encore exigibles de la part de l'assurée ne requéraient pas de connaissances professionnelles préalables et qu'il ne se justifiait pas de procéder à un abatement en raison de son âge.

### **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 auprès du tribunal compétent en temps utile compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA ; art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier le droit à une rente.

**3. a)** 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 LPGGA).

**b)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité 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]). Si 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 rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGGA, 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, si nécessaire, 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. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, 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.

**c)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**d)** Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**4. a)** En l'occurrence, la première demande de prestations effectuée par l'assurée le 9 décembre 2009 auprès de l'OAI a été rejetée par décision du 28 septembre 2010. Elle a déposé une nouvelle demande en date du 12 novembre 2013, faisant valoir une aggravation de son état de santé depuis septembre 2013. Dans le cadre de la procédure

d'assurance-accidents, une première expertise pluridisciplinaire a été réalisée au M. \_\_\_\_\_ et a fait l'objet d'un rapport le 2 mai 2014. L'état de santé de l'assurée n'était alors toutefois pas encore stabilisé. Une nouvelle expertise a donc été mise en œuvre auprès du M. \_\_\_\_\_, conjointement par B. \_\_\_\_\_ et l'OAI. Le rapport d'expertise, comportant un volet orthopédique, neurologique et psychiatrique, a été rendu le 7 avril 2016. Sur la base de celui-ci, l'OAI a rendu une décision de refus de prestations le 21 février 2017, qui a été annulée sur recours par la Cour de céans le 19 décembre 2018 en vue de la réalisation d'un complément d'expertise sur le plan rhumatologique et psychiatrique. L'OAI, en accord avec B. \_\_\_\_\_, a finalement fait réaliser une nouvelle expertise pluridisciplinaire auprès du M. \_\_\_\_\_, avec un volet rhumatologique, psychiatrique, orthopédique et neurologique.

Le rapport d'expertise du 23 août 2019 peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il comporte une évaluation consensuelle faite par les experts, qui ont chacun détaillé leur expertise dans un rapport annexé. Ils se sont prononcés en pleine connaissance du dossier de la recourante, ont recueilli son anamnèse et pris en compte ses plaintes. Chaque expert a procédé à un examen clinique et s'est prononcé de manière motivée et circonstanciée sur les diagnostics retenus et les éventuelles conséquences de ceux-ci sur la capacité de travail de la recourante.

**b)** Sur le plan somatique, la recourante se plaint avant tout de douleurs aux deux jambes. Les experts notent que ces douleurs, qui évoluent dans un contexte de jambes lourdes, peuvent être la conséquence d'une insuffisance veineuse chronique. Ils constatent que la thrombose veineuse profonde qui s'est développée en 2015 a été traitée *lege artis* et qu'aucune séquelle n'en a résulté. Sur la base de leur examen clinique et de celui réalisé chez le spécialiste angiologue en mars 2019, ils concluent qu'il s'agit d'une insuffisance veineuse superficielle, qui ne justifie pas d'incapacité de travail (rapport d'expertise rhumatologique pp. 19 et 21, évaluation consensuelle p. 6). A noter que le Dr I. \_\_\_\_\_ a également conclu, à l'issue du bilan vasculaire qu'il a effectué, que la

thrombose veine profonde au mollet gauche n'avait pas laissé de séquelle et que les séquelles post-thrombotiques dans le mollet droit concernaient une petite veine et ne pouvaient en aucun cas expliquer l'importance des douleurs (rapport du 5 novembre 2018). Le Dr J.\_\_\_\_\_ précise par ailleurs que la tuméfaction signalée à la cheville droite n'a pas d'explication autre qu'une dilatation veineuse, sans phénomène inflammatoire (phlébite) manifeste (rapport d'expertise rhumatologique p. 19). Le Dr P.\_\_\_\_\_ retient la présence de douleurs musculotendineuses avec des signes de tendinopathie au niveau du tendon d'Achille droit, qu'il juge modérés à discrets. Selon lui, l'état algique à la cheville et au mollet droit peut être en relation avec cette tendinopathie. Il précise qu'il s'agit d'une atteinte durable, mais fonctionnellement peu importante avec, à l'examen clinique, une mobilité correcte de la cheville droite et, à l'IRM, des lésions discrètes du tendon d'Achille. Il note en outre que les chevilles sont parfaitement stables et qu'elles ne présentent pas de signes d'arthrite ni de synovite (rapport d'expertise orthopédique pp. 16, 18, 23 et 24). De son côté, le Dr D.\_\_\_\_\_ retient que les troubles algiques et sensitivo-moteurs des membres inférieurs n'ont pas de substrat neurologique objectivable. Il relève par ailleurs une collaboration de la recourante clairement insuffisante et l'existence d'éléments démonstratifs et majorants (rapport d'expertise neurologique p. 15).

Dans son recours, la recourante reproche aux experts de ne pas avoir tenu compte du caractère invalidant de son SDRC, alléguant que celui-ci est toujours actif selon le rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> juillet 2020, et qu'il a entraîné des atteintes invalidantes sur le plan neurologique. Contrairement à ce qu'elle prétend, le Dr C.\_\_\_\_\_ ne parle absolument pas d'une réactivation du SDRC dans son rapport. Il ne fait que rapporter une péjoration des douleurs de la cheville droite, avec une atteinte inflammatoire des tendons, une atteinte dégénérative de l'articulation et une atteinte des ligaments internes. S'agissant du SDRC, le Dr E.\_\_\_\_\_ a fait réaliser une scintigraphie osseuse qui a permis de rendre la présence d'une telle atteinte peu probable (rapports des 7 août et 19 novembre 2018). L'expertise réalisée au M.\_\_\_\_\_ en 2016 avait déjà conclu que ce trouble n'était plus d'actualité puisqu'elle fait mention

d'une ancienne algodystrophie du membre inférieur droit. En outre, à l'issue de son examen, le Dr D.\_\_\_\_\_ exclut clairement une cause neurologique à l'état algique, indiquant qu'il ne s'agit pas de douleurs neuropathiques (rapport d'expertise neurologique pp. 15 et 20).

La recourante estime qu'une nouvelle évaluation de sa situation est nécessaire afin de tenir compte de l'aggravation de son état de santé survenue en juin 2020 et attestée par le Dr C.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 1<sup>er</sup> juillet 2020, éléments qui ont motivé le dépôt d'une nouvelle demande de prestations en date du 3 août 2020. Or, dans la mesure où ce rapport et l'aggravation dont il fait état sont antérieurs à la décision litigieuse, rendue le 14 juillet 2020, il y a lieu d'en tenir compte dans le cadre du présent recours, puisque le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

La nouvelle IRM de la cheville droite effectuée le 9 juin 2020 a mis en évidence l'apparition d'un important foyer d'infiltration œdémateuse de l'extrémité distale de la malléole interne, entourée d'une importante infiltration œdémateuse des tissus mous adjacents, une tendinopathie marquée du tendon du muscle jambier postérieur et dans une moindre mesure des tendons des muscles long fléchisseur commun des orteils et jambier antérieur. Le radiologue, le Dr O.\_\_\_\_\_, estimait qu'il pouvait s'agir de lésions séquellaires post-traumatiques ou d'une surcharge bio-mécanique chronique du compartiment interne. Il faut constater que ce médecin n'avait à l'évidence pas connaissance de l'IRM de la cheville droite effectuée en 2018 à l'initiative du Dr E.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 7 août 2018), ni d'ailleurs de celle faite en 2013 à la demande du Dr Q.\_\_\_\_\_ (cf. rapport de consultation du 7 mai 2014), puisqu'il compare son examen à une précédente IRM réalisée en 2011. La comparaison à laquelle il procède ne correspond donc pas à l'évolution de la situation depuis l'expertise et ne permet, de ce point de vue, pas d'attester une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis lors.

L'IRM du 9 juin 2020 et le rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> juillet 2020 ont été soumis au SMR dans le cadre de la nouvelle demande de prestations déposée par l'assurée. Lors de la permanence du 4 août 2020, le SMR a estimé que ces documents ne permettaient pas de modifier sa position car, cliniquement, il n'y avait pas d'éléments de déficit d'amplitude ni de perte de force. Il convient de suivre cet avis. Il faut en effet rappeler que le Dr P. \_\_\_\_\_ a procédé à un examen clinique détaillé de la recourante et en particulier de ses membres inférieurs, comme l'ont également fait ses confrères rhumatologues et neurologues, tandis que le Dr C. \_\_\_\_\_ ne fait que rapporter une péjoration des douleurs dans le cadre d'une atteinte inflammatoire des tendons, d'une atteinte dégénérative de l'articulation et d'une atteinte des ligaments internes, sans apporter davantage d'éléments. Le Dr P. \_\_\_\_\_ s'est par ailleurs prononcé sur l'état de la recourante en ayant connaissance de l'IRM de la cheville droite du 17 juillet 2018 (cf. rapport d'examen orthopédique p. 18). S'y ajoute le fait que la situation de la recourante au niveau de ses membres inférieurs a été dûment prise en compte dans le cadre de l'expertise. Les experts ont en effet considéré que les douleurs musculotendineuses aux deux mollets en raison d'une tendinopathie, avérée à droite, ne lui permettaient plus de travailler en position debout exclusivement ni de marcher plus de 15 à 30 minutes, avec des pauses. De même, la montée ou descente d'escaliers, d'échelle ou d'escabeau doit être évitée (évaluation consensuelle p. 9, rapport d'examen orthopédique p. 20). L'IRM du 9 juin 2020 et le rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> juillet 2020 ne permettent ainsi pas de conclure à l'existence de limitations différentes de celles déjà retenues par les experts.

La recourante présente en outre des douleurs au niveau du rachis. Les experts retiennent les diagnostics de cervicalgies sur syndrome algo-dysfonctionnel cervical, de dorsalgies fonctionnelles et de lombalgie commune sur spondylarthrose débutante. Le Dr J. \_\_\_\_\_ relate que ces atteintes ont déjà fait l'objet d'investigations et que les imageries montrent tout au plus des lésions dégénératives mineures. Son examen clinique s'est révélé normal, montrant surtout une dysbalance et un déconditionnement musculaire (rapport d'expertise rhumatologique pp.

18, 21 et 22). Le Dr D.\_\_\_\_\_ précise que les troubles dégénératifs disco-vertébraux lombaires pluri-étagés demeurent sans évidence de compression radiculaire et relève, de manière générale, l'absence d'atteinte neurologique périphérique et centrale clairement objectivable susceptible d'expliquer ou de participer aux plaintes formulées par la recourante (rapport d'expertise neurologique pp. 14-16). Le Dr J.\_\_\_\_\_ retient que les rachialgies n'induisent aucune incapacité de travail de longue durée et qu'elles constituent un syndrome douloureux chronique, sans lésion anatomique ou maladie inflammatoire susceptible d'en expliquer l'intensité et la persistance. Lors de son examen, il retrouve en effet plusieurs signes comportementaux de Waddell et Kummin, ce qui laisse à penser que l'origine des plaintes n'est pas entièrement somatique. En revanche, les critères pour avancer le diagnostic de fibromyalgie ne sont pas réunis (rapport d'expertise rhumatologique p. 19).

Les experts ont tenu compte des rachialgies de la recourante et posé comme limitations fonctionnelles la possibilité de pouvoir alterner les positions assise et debout, une marche limitée à de courtes distances et en terrain régulier, l'évitement des positions statiques debout, des efforts répétitifs de torsion ou flexion antérieure du tronc ainsi que des montées ou descentes d'escaliers, d'échelle ou d'escabeau, un port de charges limité à 5 kg, l'absence de travail en hauteur et l'impossibilité d'être soumise à une cadence soutenue (rapport d'expertise orthopédique p. 20, rapport d'expertise rhumatologique p. 24, évaluation consensuelle p. 9).

L'expert rhumatologue précise encore que l'irradiation douloureuse décrite dans le membre supérieur droit provient d'une arthrose nodulaire banale de l'interphalangienne proximale (IPP) du pouce droit, qui n'entraîne aucun effet incapacitant. Quant à l'inflammation de la métatarso-phalangienne (MTP) I gauche en 2012, il doute qu'il ait pu s'agir d'une crise de goutte, mais constate que celle-ci n'a en tous les cas pas récidivé et ne saurait induire une incapacité de travail de longue durée (rapport d'expertise rhumatologique p. 19).

Il est également admis que la recourante présente une hypothyroïdie, qui est substituée.

**c)** Sur le plan psychique, le Dr S.\_\_\_\_\_ confirme la présence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) sur la base de son observation et des examens somatiques pratiqués par ses confrères, qui n'ont pas permis d'expliquer totalement les plaintes et ont mis en évidence des comportements démonstratifs et une majoration. Il retient la présence d'une dysthymie, qui entre dans le cadre de ce trouble, mais n'atteint pas le seuil d'un épisode dépressif. Comme demandé dans l'arrêt de renvoi du 19 décembre 2018, l'expert a analysé les différents indicateurs établis par la jurisprudence pour évaluer le caractère incapacitant de l'atteinte psychique. Sur la base du déroulement des activités quotidiennes de la recourante et du rapport du stage effectué à [...], il énumère notamment les ressources et capacités de la recourante. Il conclut que celles-ci sont préservées et qu'il n'y a donc pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique (rapport d'expertise psychiatrique p. 17-18). Dans son recours, la recourante allègue que c'est à tort que l'expertise retient qu'elle n'a jamais eu de relations sociales très développées. Il ressort cependant de l'anamnèse sociale recueillie qu'en dehors de sa famille et de contacts de politesse avec ses voisins, la recourante n'a pas d'autres connaissances car durant sa vie, elle s'est la plupart du temps occupée de ses enfants et de son travail. Elle a par ailleurs indiqué n'avoir jamais fait partie d'associations ni de groupements de ressortissants d'origine serbe (rapport d'expertise psychiatrique p. 12). Dans ce contexte, les experts étaient en droit de considérer que les relations sociales de la recourante n'ont pas spécialement été impactées par son atteinte à la santé.

La recourante reproche au Dr S.\_\_\_\_\_ de s'être écarté des diagnostics posés par son psychiatre traitant. S'agissant du syndrome douloureux somatoforme persistant, les deux spécialistes se rejoignent sur la présence d'une telle atteinte chez la recourante. Le Dr S.\_\_\_\_\_ estime que l'assurée ne souffre que d'une dysthymie en lien avec ce syndrome douloureux, tandis que le Dr R.\_\_\_\_\_ pose le diagnostic de trouble de

l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22) dans son rapport du 9 mars 2020. Il faut tout d'abord constater que le psychiatre traitant s'écarte ainsi du diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) qu'il avait précédemment posé dans son rapport du 1<sup>er</sup> mai 2014, sans donner aucune explication au sujet de ce changement. En outre, il n'expose pas sur la base de quels éléments il pose ce nouveau diagnostic, étant précisé que son rapport ne contient ni anamnèse, ni status clinique détaillé.

Le psychiatre traitant évoque en outre l'existence d'un probable trouble cognitif léger associé à un trouble physique (F06.71) pour expliquer la présence chez la recourante d'un champ de pensée rétréci et d'un fonctionnement « en boucle ». Il relève notamment qu'elle est rongée par un sentiment d'injustice et d'insécurité en lien avec l'absence d'emploi de substitution proposé par son employeur. Lors de son examen, le Dr S. \_\_\_\_\_ note également la présence d'un rétrécissement marqué du champ de la pensée sur les douleurs et un certain sentiment de désespoir en lien avec celles-ci ainsi qu'avec leurs conséquences financières et professionnelles. Cependant, il ne met pas en évidence de troubles cognitifs. Il observe que la recourante ne présente pas de trouble de la vigilance, de problèmes de concentration ni d'attention et que si elle a parfois quelques doutes avec les dates, il n'y a pas de troubles mnésiques particulièrement manifestes. Il constate que son jugement et son raisonnement sont conservés, quoique peu élaborés (rapport d'expertise psychiatrique p. 15). Au vu de ces constatations, il n'y avait pas lieu de faire réaliser un examen neuropsychologique, contrairement à ce que soutient la recourante. Finalement, on peut également renvoyer à l'argumentation faite par le SMR dans son avis du 9 juillet 2020, à savoir que l'expert neurologue n'a lui non plus pas relevé de troubles cognitifs dans son status, que le psychiatre traitant n'affirme d'ailleurs pas qu'il existe des troubles cognitifs mais s'interroge plutôt sur leur existence en précisant qu'il aurait du mal à les qualifier autrement que légers, si bien qu'il s'agit d'une pure hypothèse, réfutée par l'expert.

Comme vu ci-dessus, le Dr S.\_\_\_\_\_ a procédé à l'évaluation de la capacité de travail de la recourante en tenant compte des indicateurs jurisprudentiels applicables et en tire des conclusions motivées et convaincantes, que le rapport du Dr R.\_\_\_\_\_ ne permet pas de remettre en cause.

**c)** Au final, il convient, comme l'a fait l'OAI, de retenir que la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle est nulle depuis le 8 septembre 2013, mais qu'elle bénéficie depuis toujours d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, sans diminution de rendement, en dehors des périodes d'incapacité de travail dues aux suites de l'accident et des interventions consécutives. Dans un avis du 4 octobre 2019, le SMR précise qu'aucune des incapacités attestées pour des interventions et leurs suites n'ont entraîné d'incapacité durable au sens de l'Al. Le Dr J.\_\_\_\_\_ a également mentionné qu'il s'agissait d'incapacités de travail temporaires (rapport d'expertise rhumatologique p. 24). En particulier, le SMR avait précédemment retenu, dans un avis du 9 juin 2016, que la recourante avait retrouvé une capacité de travail 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.

**5. a)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

Les revenus obtenus par l'exercice d'une ou de plusieurs activités accessoires sont pris en considération dans la fixation du revenu sans invalidité, lorsque l'assuré réalisait déjà de tels gains accessoires avant l'atteinte à la santé et si l'on peut admettre qu'il aurait, selon toute vraisemblance, continué à les percevoir s'il était resté en bonne santé. Est

décisif le fait que l'assuré obtenait un revenu qu'il continuerait à percevoir s'il n'était pas devenu invalide (parmi d'autres, TF 9C\_699/2008 du 26 janvier 2009 consid. 3.3).

**b)** Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalide est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

**6.** En l'occurrence, l'OAI a fixé le revenu sans invalidité de la recourante à 69'217 fr. 81, montant qui correspond aux salaires qu'elle touchait pour ses emplois auprès du X.\_\_\_\_\_ et de [...] SA, indexés à 2016. Rien ne permet en effet de douter que la recourante aurait poursuivi son activité accessoire si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé. Elle l'avait d'ailleurs reprise quelques mois après son accident de juin 2009 jusqu'à la nouvelle incapacité de travail intervenue en septembre 2013.

Pour le calcul du revenu d'invalidé, l'OAI s'est basé sur les données salariales statistiques ressortant de l'ESS 2014, plus précisément sur le salaire moyen touché par des femmes pour des activités simples dans les secteurs des services et de la production (TA1, niveau de compétence 1), qu'il a indexé à 2016. Dans son calcul, il a non seulement tenu compte d'une semaine de travail de 41,7 heures en 2016, mais a également pris en compte un horaire de travail de 133 %, correspondant au taux d'activité exercé par la recourante avant son atteinte à la santé, à savoir un 100 % comme aide de cuisine auprès du X.\_\_\_\_\_ et un 33,3 % comme nettoyeuse pour [...] SA. La recourante critique cette manière de faire. Il apparaît que l'OAI avait déjà procédé de la sorte dans sa précédente décision, annulée par la Cour de céans. En vue de calculer le préjudice économique, l'OAI avait alors tenu compte d'un taux d'occupation de 133 % car il estimait qu'une activité au même taux qu'avant l'atteinte à la santé était possible vu les limitations fonctionnelles retenues par la précédente expertise, à savoir la marche de longue durée et les stations debout prolongées (cf. compte rendu du spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI du 9 novembre 2016). Or la situation est maintenant différente puisque les limitations fonctionnelles actuelles sont plus importantes et englobent notamment la nécessité de pouvoir alterner la position assise et debout, une épargne du dos en évitant les mouvements répétitifs de torsion ou flexion antérieure, un port de charge limité à 5 kg et le fait d'éviter les montées et descentes d'escaliers. Au vu de ces limitations, l'activité de nettoyeuse que la recourante exerçait à titre accessoire n'apparaît manifestement plus exigible. On ne voit par ailleurs pas quelle autre activité accessoire, respectant ses limitations fonctionnelles, la recourante serait désormais en mesure d'exercer à côté

d'un emploi à plein temps. Il faut dès lors considérer que seule une activité à 100 % est exigible de sa part.

Dans la mesure où la recourante a déposé sa nouvelle demande de prestations en date du 12 novembre 2013, un éventuel droit à la rente aurait pu s'ouvrir en 2014 (art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI), si bien que la comparaison des revenus doit se faire par rapport à cette année-là. Selon les revenus arrêtés par l'OAI (cf. calcul du salaire exigible du 9 novembre 2016), la recourante aurait perçu 57'911 fr. et 10'671 fr. en 2014 pour ses activités respectives auprès du X. \_\_\_\_\_ et de [...] SA, soit un revenu sans invalidité de 68'582 francs. Selon l'ESS 2014, le salaire qu'elle pouvait toucher pour des activités simples dans le cadre d'une semaine de travail de 41,7 heures était de 53'793 francs. Le taux d'abattement de 10 % auquel l'OAI a procédé afin de tenir compte de ses limitations fonctionnelles doit par ailleurs être confirmé. Contrairement à ce que soutient la recourante, il n'y a en effet pas lieu d'appliquer un abattement supplémentaire en raison de son âge (57 ans au moment de l'expertise) étant donné son expérience professionnelle variée auprès de plusieurs employeurs. Les difficultés linguistiques qu'elle invoque, outre le fait qu'elles n'apparaissent pas avérées puisque sa compréhension a été jugée suffisante par les experts du M. \_\_\_\_\_, ne sont de toute manière pas déterminantes dans le cadre des activités encore exigibles, qui ne requièrent pas non plus de formation spécifique, comme relevé par l'OAI de manière pertinente. Un abattement de 10 % apparaît par ailleurs tout à fait suffisant en vue de tenir compte de ses limitations fonctionnelles. Son revenu d'invalidité se monte ainsi à 48'413 fr. 70, ce qui conduit à un degré d'invalidité de 29,41 %.

Le taux d'invalidité de la recourante n'atteint pas le seuil de 40 % fixé par l'art. 28 LAI si bien que c'est à juste titre que l'OAI a refusé de lui octroyer une rente d'invalidité. On peut au demeurant préciser que le refus de mesures professionnelles, qui n'est pas formellement contesté, n'est pas critiquable au vu du rapport du service de réadaptation de l'OAI du 9 novembre 2016.

**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 (ATF 146 I 30 consid. 2.1). 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 136 I 279 consid. 1 ; TF 9C\_442/2018 du 16 octobre 2018 consid. 2.1 et 2.2).

**b)** En l'espèce, la recourante, 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).

**8. a)** Le recours doit par conséquent être rejeté.

**b)** 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 la recourante, qui succombe.

**c)** Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 14 juillet 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de K.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué 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 K. \_\_\_\_\_),
- 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 :