

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 novembre 2021

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mmes Brélaz Braillard et Dessaux, juges
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourante, représentée par Me Aba Neeman, avocat à
Monthey,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante macédonienne née en 1970, sans formation professionnelle, est arrivée en Suisse en 1994 et y a en particulier travaillé comme ouvrière de production puis en tant que femme de chambre, jusqu'au mois de juin 2010. Le 1^{er} septembre 2010, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, indiquant avoir mal au dos.

De l'instruction de cette demande, il est ressorti que le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale, avait procédé à une expertise sur mandat de l'assureur perte de gain [...]. Faisant part de ses conclusions dans un rapport du 1^{er} septembre 2010 (ou, selon les versions, du 3 septembre 2010), l'expert a posé les diagnostics de lombalgies chroniques sur discopathies et arthrose interfacettaire postérieure, ainsi que de douleurs généralisées compatibles avec un trouble somatoforme douloureux persistant, avec des signes de fibromyalgie positifs. Il a notamment relevé qu'une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire n'avait pas trouvé de canal étroit ni de hernie discale, mais qu'il existait tout de même des prolapsus discaux pouvant expliquer des douleurs de type mécanique. Par ailleurs, la capacité de travail était jugée nulle dans l'activité de femme de chambre, mais totale dans une activité permettant de changer souvent de position, d'éviter les stations fixes ou les inclinaisons répétées du dos et de ne pas porter de charges lourdes, ni de faire de longues marches.

Par décision du 17 mars 2011, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a dénié le droit de l'assurée à des prestations d'assurance. Il a essentiellement retenu que l'activité de femme de chambre était certes contre-indiquée, mais qu'une pleine capacité de travail pouvait en revanche être reconnue dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par le Dr B._____ et ce dès l'expertise de ce dernier. Dès lors que le revenu que l'assurée pourrait théoriquement réaliser dans une activité adaptée (comportant des tâches légères, de type industrie) équivalait à celui dégagé dans son

ancienne activité, elle n'avait pas droit à des mesures professionnelles, ni à une rente d'invalidité.

B. a) En date du 21 mars 2018, X. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations, invoquant des lombosciatalgies L5-S1 et discopathies, un status post traumatisme du pied gauche en 2016 avec fracture cunéiforme et syndrome de Südeck, ainsi qu'une fibromyalgie.

b) Du dossier de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou la SUVA), produit à la demande l'OAI, il est ressorti que l'assurée, alors employée en tant qu'agente de nettoyage et d'entretien à 70 %, avait reçu un gros câble sur le pied gauche le 29 novembre 2016.

Se fondant notamment sur une IRM du pied gauche (rapport du 11 avril 2017 de la Dre T. _____, radiologue), le Dr N. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu les diagnostics d'œdème résiduel du tarse gauche post-traumatique, de status post-traumatisme du dos du pied avec fissure cunéiforme latérale, ainsi que d'algoneurodystrophie du pied gauche débutante en régression (rapport du 7 juin 2017). Compte tenu d'une lombosciatalgie gauche avec hypoesthésie du dermatome L5 et S1 (rapport du Dr N. _____ du 27 juillet 2017), des examens supplémentaires ont été mis en œuvre, montrant une discopathie en L5-S1 avec protrusion discale médiane et paramédiane bilatérale, une discopathie avec protrusion discale L3-L4 et une discopathie L4-L5 (rapport d'IRM lombaire du 19 juillet 2017 du Dr G. _____, radiologue). Sur cette base, le Dr N. _____ a posé un diagnostic de discopathie L5-S1 avec protrusion para-médiane bilatérale (rapports des 5 décembre 2017 et 24 janvier 2018). Une régression de l'œdème osseux de la partie proximale du cunéiforme latéral sous-chondral a ensuite été observée, sans aspect d'algodystrophie (rapport d'une IRM de l'avant-pied gauche du 23 janvier 2018 du Dr G. _____). Cela étant, le Dr N. _____ a conclu à un œdème cunéiforme externe post-traumatique gauche en régression, des douleurs fonctionnelles du tendon FHL (« *flexor hallucis longus* »)

gauche et une discopathie L5-S1 avec protrusion bilatérale (rapport du 26 mars 2018).

Le cas a parallèlement été suivi par la Dre P._____, médecin d'arrondissement de la CNA. Dans ce cadre, dite praticienne a notamment mentionné une fibromyalgie (rapport du 31 août 2017). Par la suite, relevant la persistance des douleurs, une régression de l'œdème osseux à l'IRM du 23 janvier 2018, ainsi qu'une certaine discordance entre les douleurs décrites et les constatations cliniques ou radiologiques objectives, la Dre P._____ a préconisé un séjour à la Clinique [...] (ci-après : la Clinique K._____) afin de définir les capacités fonctionnelles de l'assurée (rapport du 8 mai 2018).

L'assurée a conséquemment été admise le 24 mai 2018 à la Clinique K._____, où elle a bénéficié d'examen d'imagerie, d'un suivi physiothérapeutique et d'une intégration en atelier professionnel. Elle a quitté cet établissement le 19 juin suivant, l'avis de sortie se référant notamment à des troubles du pied gauche et de la colonne lombaire, ainsi qu'à une fibromyalgie. Aux termes de leur rapport de synthèse du 27 juin 2018, les Drs H._____ et Q._____, respectivement chef de service et médecin assistant à la Clinique K._____, ont posé les diagnostics de traumatisme par écrasement du pied gauche le 29 novembre 2016, avec œdème osseux du troisième cunéiforme et probable fracture sous-chondrale, et avec douleur chronique non spécifique du pied gauche. A titre de comorbidités, ils ont notamment rapporté des lombalgies et une protrusion discale médiane et paramédiane bilatérale L5-S1 (avec contact à la racine L5 au niveau des neuro-foramens des deux côtés et discopathies associées au niveau L3-L4 et L4-L5, protrusive sur ce dernier étage). Ils ont en outre considéré ce qui suit :

"APPRECIATION ET DISCUSSION

A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles de la patiente sont : au premier plan des douleurs à la face dorsale au niveau du pied G, irradiant vers la plante du pied et la face antéro-interne de la jambe G jusqu'au genou, une deuxième douleur, est située sur la face plantaire médiane et en péri-malléolaire. [...]. Les douleurs sont augmentées lors de la marche, lors de la montée et descente des

escaliers surtout, lors de la position assise prolongée. Aucun facteur ne diminue la douleur. Elle présente également des douleurs nocturnes qui la réveille fréquemment.

Au second plan, elle présente des lombalgies avec irradiation paralombaire ddc plus accentuées du côté G. Elle décrit ces douleurs comme constantes [...], qui augmentent lors de la position assise et lors de la mobilisation, la flexion du tronc. Les douleurs diminuent lors de la prise de médicaments. Douleurs nocturnes également avec réveils fréquents. Le moral est déclaré bas car la patiente se dit très énervée et elle ne comprend pas pourquoi elle a toujours mal. La patiente déclare être indépendante pour les AVQ. Elle arrive à préparer les repas, faire ses courses en évitant le port de charges trop lourdes. [...]

[...]

Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie retenue. Actuellement la patiente ne présente plus les critères d'une algodystrophie (SDRC de type 1).

Des facteurs contextuels pourraient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par la patiente : focalisation sur la douleur avec beaucoup de scénarios catastrophes, perception du handicap fonctionnel hors de proportion avec les constatations objectives.

Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour.

[...]

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues en lien avec le pied et la cheville gauches: on considère que la patiente présente principalement des limitations en terme d'endurance et de durée de travail à la sortie, mais que ses activités professionnelles son[t] réalisables, avec une durée de travail initiale réduite. Auparavant, la patiente travaillait à 60%. On propose donc une reprise initiale à 50% de ce 60%, avec comme objectif une augmentation progressive. La patiente se déclare d'accord avec cette proposition qui a également été transmise au médecin d'agence.

[...]

Une stabilisation médicale est attendue dans un délai de : 1-2 mois.

[...]

Incapacité de travail : 100 % du 24.05.2018 au 01.07.2018 (patiente travaillait à 60% [recte : 70%] avant l'accident) : dès le 2.07.2018, reprise du travail initiale à 50% du taux usuel (à réévaluer dans environ 2 mois)"

Dans un rapport du 12 septembre 2018 faisant suite à un examen médical final effectué la veille, la Dre P. _____ a repris, à titre de diagnostic principal, les atteintes du pied gauche signalées par les médecins de la Clinique K. _____. En guise de diagnostics secondaires, elle a signalé des douleurs non spécifiques du pied droit, des lombalgies chroniques et une protrusion discale médiane et paramédiane L5-S1 telle que mentionnée par les spécialistes précités. Elle a relevé d'importantes discordances entre les plaintes de l'assurée et les constatations cliniques, l'intéressée restant centrée sur ses douleurs mais concédant toutefois une amélioration au niveau du pied gauche depuis le séjour à la Clinique K. _____. A cela s'ajoutaient des facteurs extra-médicaux (absence de formation, focalisation sur les douleurs) qui ne pouvaient toutefois pas être pris en considération. S'agissant des limitations fonctionnelles, la Dre P. _____ a indiqué qu'elles avaient trait aux positions statiques prolongées et à l'alternance des positions assise et debout, plutôt dans une activité légère et sans port de charges de plus de 5 à 10 kg. Elle a en outre estimé que, pour les seules suites de l'événement du 30 [recte : 29] novembre 2016, la capacité de travail était totale dans l'activité habituelle de nettoyeuse - pour autant que celle-ci respecte les limitations fonctionnelles susdites - comme dans une activité adaptée.

Par décision du 16 octobre 2018, la CNA a dénié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

c) Dans l'intervalle, par communication du 24 mai 2018, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une mesure d'intervention précoce sous la forme de modules externalisés auprès de W. _____, pour la période du 4 juin au 23 novembre 2018. C'est ainsi qu'au cours de l'automne 2018, un stage d'employée de cafétéria à 30 % a été mis en œuvre. Dans ce cadre, il a été constaté que le taux de 30 % était difficile à tenir et que le rythme de travail se situait en-deçà de ce qui pouvait être attendu par un employeur. L'intéressée n'ayant toutefois plus donné de nouvelles après ce stage, la mesure a conséquemment été interrompue - ce dont l'OAI a été informé le 16 novembre 2018.

Interpellé par l'OAI, le Dr C._____, médecin généraliste traitant, a communiqué ses observations dans un rapport du 3 décembre 2018. Il a retenu les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de lombosciatalgies bilatérales sur hernie discale lombaire L5-S1, de traumatisme du pied gauche et de fibromyalgie. S'agissant des limitations fonctionnelles, il a évoqué des difficultés (douleurs) à la marche, le maintien de la position assise longtemps, le port de charges de plus de 5 kg, le travail en porte-à-faux, ainsi qu'une grande fatigabilité. Quant à la capacité de travail, elle était considérée comme nulle dans l'activité habituelle et de 30 % dans une activité adaptée depuis le mois de juillet 2019 [recte : 2018]. Le Dr C._____ s'est pour le surplus référé à l'appréciation de la CNA selon laquelle la capacité de travail était nulle du 29 novembre 2016 au 1^{er} juillet 2018, puis de 30 % dès le 2 juillet 2018 (soit 50 % de 60 %) ; il a ajouté que depuis le 1^{er} décembre 2018, l'arrêt de travail était surtout justifié par les lombosciatalgies.

Par rapport du 4 février 2020, la Dre M._____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a retenu une atteinte principale à la santé consistant en des douleurs chroniques du pied gauche après traumatisme par écrasement le 29 novembre 2016, avec œdème osseux du troisième cunéiforme et probable fracture sous-chondrale au décours. Des lombalgies étaient en outre signalées à titre de pathologies associées du ressort de l'assurance-invalidité et, sous la rubrique « *[f]acteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI* », figurait entre autres une fibromyalgie. La Dre M._____ a de surcroît estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle mais qu'elle était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (« *éviter les positions statiques prolongées debout/assises, pouvoir alterner les positions debout/assise, plutôt effectuer une activité physique légère sans port de charges >5-10 kg, position en porte-à-faux, marche prolongée* »). Elle a pour le surplus relevé ce qui suit :

Conclusion :

Concernant l'atteinte du pied G la situation est stabilisée, nous pouvons suivre les conclusions SUVA, CT 30% dans une activité adaptée dès le 2.07.2018 et entière dès le 11.09.2018.

Concernant les lombosciatalgies sur troubles dégénératifs (avec notamment protrusion discale L5-S1 avec contact L5) et la fibromyalgie, nous sommes dans la même situation qu'en 2010, la CT est entière dans une activité adaptée depuis toujours. Par ailleurs il est à relever l'absence de comorbidité psychiatrique, une assurée qui n'est pas limitée sur le plan ménager (avec l'aide de son mari pour le port de charge), et qui est motivée pour retravailler."

Aux fins d'éclaircir la question d'une éventuelle part de statut ménager (qui sera finalement niée), l'OAI a fait procéder à une évaluation économique sur le ménage. Du rapport y relatif, daté du 24 août 2020, il est ressorti que selon les déclarations de l'intéressée, même si l'atteinte au pied gauche était stabilisée, les douleurs et la boiterie provoquées par cette atteinte avaient accru les douleurs lombaires ainsi que toutes celles existant depuis 2010.

En date du 25 août 2020, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité et de mesure de reclassement. Se fondant sur les informations médicales à disposition et « *notamment [sur] le rapport du médecin d'arrondissement de la SUVA* », l'office a retenu que l'activité habituelle n'était certes plus exigible mais que, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail était de 50 % dès le 2 juillet 2018 et de 100% dès le 11 septembre 2018. L'OAI a par ailleurs souligné que, conformément à la législation applicable, d'éventuelles prestations ne pourraient être versées qu'à compter du 1^{er} octobre 2018, soit six mois après le dépôt de la demande de prestations. Or, dès cette date, le revenu d'invalidé auquel l'assurée pouvait raisonnablement prétendre était au moins aussi élevé que celui qu'elle avait réalisé avant son atteinte à la santé. Le degré d'invalidité étant ainsi inférieur à 40 %, l'intéressée n'avait conséquemment pas droit à des prestations financières de l'assurance-invalidité, ni à une mesure de reclassement.

Par compte-rendu du 31 août 2020, le Dr C._____ a estimé que l'appréciation défendue par l'OAI n'était pas objective et ne tenait pas compte du rapport établi par ses soins le 3 décembre 2018 mentionnant

une incapacité de travail totale et du reste prolongée en 2019. Le Dr C._____ a ajouté que la patiente était encore très souffrante et qu'elle le resterait à long terme.

Par décision du 6 octobre 2020, l'OAI a confirmé son projet précité dont il a repris la motivation.

C. Agissant par l'entremise de son conseil, X._____ a recouru le 6 novembre 2020 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à sa réforme et à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, subsidiairement à l'octroi de mesures professionnelles et, plus subsidiairement, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, la recourante a allégué que l'expertise [sic] de la Dre M._____ du SMR se fondait sur l'examen médical final réalisé le 11 septembre 2018 à la CNA. Or une année et demie s'était écoulée entre ces deux appréciations. A cela s'ajoutait que l'entière incapacité de travail attestée par le Dr C._____ n'était reprise ni dans l'expertise [sic], ni dans la décision querellée. Compte tenu de ces éléments, la recourante a estimé que l'OAI aurait dû ordonner un nouvel examen médical. Elle a de surcroît fait valoir que l'office avait violé le droit d'être entendu en s'abstenant poursuivre l'instruction et qu'il avait en outre insuffisamment motivé sa décision s'agissant des éléments mis en avant par le Dr C._____. Enfin, la recourante a argué pouvoir prétendre à une pleine rente d'invalidité conformément à l'avis exprimé par son médecin traitant.

En annexe au recours, figurait notamment un rapport du Dr C._____ du 30 octobre 2020 relevant que l'assurée avait déjà sollicité des prestations d'assurance par le passé pour une fibromyalgie, qu'aux troubles du pied gauche consécutifs à l'accident du 29 novembre 2016 s'étaient ajoutées des lombosciatalgies sur hernie discale L5-S1 en décembre 2016 et que, actuellement, le pied allait mieux, même si la patiente s'en plaignait encore un peu, et que les lombalgies persistaient. Ce rapport mentionnait en outre ce qui suit :

"Les experts de la SUVA qui la couvrait pour le traumatisme du pied ont reconnu une incapacité de travail à 100% jusqu'au 1.7.2018 avec une reprise à 50%. Sur mon dernier rapport à l'AI datant de décembre 2018, je reconnaissais une mini activité de 30% (50% de 60% d'engagement avant son accident) dans une activité adaptée avec des limitations en raison des douleurs en évitant des positions assises, port de charge, port[e-]à[-]faux. Aussi elle présente une grande fatigabilité en raison de sa fibromyalgie de longue date. [...] En décembre 2018, force était de constater que l'incapacité de travail était de nouveau totale mais plus en raison de l'accident uniquement mais surtout à cause de ses problèmes de dos.

Actuellement [...] je dois constater qu'elle ne peut plus travailler [...]."

Dans sa réponse du 14 janvier 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'OAI s'est en particulier référé à un avis médical SMR établi le 11 janvier 2021 par la Dre M._____, dont on extrait ce qui suit :

Discussion

L'amélioration du pied G et la validation d'une pleine CT sur ce plan comme concl[u] par la SUVA n'est pas contestée ; mais [c]e serai[en]t désormais les lombosciatalgies et fibromyalgie qui seraient totalement incapacitantes, y compris dans une activité adaptée depuis décembre 2018 (après récupération d'une CT de 30% de juillet-novembre 2018 dans une activité adaptée) selon le généraliste traitant. Le dernier examen clinique détaillé est effectué le 11.09.2018 par le médecin SUVA, donc antérieurement à « l'aggravation » annoncée par le Dr C._____ depuis décembre 2018, celui-ci ne l'objective pas par un examen clinique, cette « aggravation » n'a pas nécessité, à notre connaissance, la réalisation d'un examen radiologique (pas de nouvelle IRM) ou d'un consilium spécialisé (rhumatologique, neurochirurgical), ce depuis maintenant plus de 2 ans d'évolution. Il est donc difficile d'admettre une IT totale, y compris dans une activité adaptée, pour ces atteintes connues de longue date, déjà estimée[s] non durablement incapacitante[s] dans une activité adaptée lors de la 1^{ère} demande AI en 2010, alors que même l'assurée ne réfute pas l'idée de travailler [...], qu'elle ne présente pas de psychopathologie (selon séjour Clinique K._____ en 2018), et qu'elle dispose de ressources non négligeables.

Conclusion :

Il n'est pas possible en l'état de valider une aggravation des lombosciatalgies et fibromyalgi[e] depuis la 1^{ère} demande AI. Un examen clinique complet dans le cadre d'une expertise (rhumatologique par exemple) serait donc nécessaire pour trancher."

Par réplique du 9 février 2021, la recourante a persisté dans ses précédents motifs et conclusions.

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 ; 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 la recourante des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement une rente d'invalidité, à la suite de la nouvelle demande de prestations déposée le 21 mars 2018.

3. Sur le plan formel, la recourante invoque une violation de son droit d'être entendue.

a) Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]) de caractère formel, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 142 III 360 consid. 4.1.4 ; 137 I 195 consid. 2.2). Sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1).

b) D'une part, la recourante critique l'absence de plus amples mesures d'instruction au stade de la procédure administrative, notamment à la suite du dépôt du rapport du Dr C._____ du 31 août 2020. Or, tel qu'invoqué, ce grief n'a pas de portée propre par rapport à celui tiré de l'arbitraire dans l'appréciation anticipée des preuves (sur cette notion, cf. ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Il sera dès lors examiné conjointement avec les autres motifs matériels.

D'autre part, la recourante estime que la décision entreprise est insuffisamment motivée s'agissant des éléments mis en lumière dans le rapport du Dr C._____ du 31 août 2020. C'est toutefois le lieu de relever que l'administration n'a pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dans le cas particulier, il apparaît que la décision litigieuse expose clairement - bien qu'avec concision - les motifs à l'origine du refus de prester : on comprend ainsi que l'intimé s'est en particulier fondé sur les conclusions du médecin d'arrondissement de la CNA et qu'elle a implicitement rejeté l'appréciation du Dr C._____. Quant à la recourante, elle a été en mesure de saisir les enjeux de l'affaire et de faire intelligiblement valoir ses griefs au cours de la présente procédure judiciaire ; preuve en est l'argumentation circonstanciée développée dans ses écritures adressées à la juridiction de céans (cf. mémoire de recours du 6 novembre 2020 et réplique 9 février 2021). Cela étant, on ne voit pas en quoi le droit d'être entendu de l'assurée aurait été violé. En tout état de cause, l'intéressée a été en mesure de s'exprimer devant une instance jouissant d'un plein pouvoir d'examen pour statuer (cf. consid. 3a supra). Dans ces conditions, l'argument tiré d'une éventuelle violation du droit d'être entendu doit être écarté.

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

L'assuré a droit à une rente d'invalidité 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).

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 de 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 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, 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).

c) 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. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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 de l'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 dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C_453/2017 & 9C_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience,

la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

d) Tant les affections psychosomatiques que les affections psychiques et les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes 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 ; voir également ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). 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).

5. En l'occurrence, il n'est pas contesté que l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 21 mars 2018 par la recourante. Dans ce contexte, l'OAI a retenu que l'activité habituelle n'était certes plus exigible mais que, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail était de 50 % dès le 2 juillet 2018 et de 100% dès le 11 septembre 2018. La recourante, pour sa part, a critiqué cette position en se prévalant notamment de l'appréciation émise par son médecin traitant, le Dr C._____.

a) Pour statuer, l'OAI s'est fondé sur des documents médicaux issus, en grande partie, du dossier constitué par la CNA des suites de l'accident du 29 novembre 2016. Or la procédure en matière d'assurance-accidents visait exclusivement à déterminer les conséquences du traumatisme du pied gauche survenu le 29 novembre 2016, alors même

que la procédure en matière d'assurance-invalidité porte plus généralement sur toute atteinte à la santé – traumatique ou non – susceptible d'influer sur la capacité de travail de l'assurée. Cette distinction est loin d'être anodine dans le cas particulier, dès lors que les atteintes présentées par la recourante ne se résument pas aux conséquences de l'accident du 29 novembre 2016.

aa) Sur le plan strictement somatique, les troubles du pied gauche consécutifs à l'accident du 29 novembre 2016 ont fait l'objet de plusieurs appréciations médicales (en particulier par le Dr N. _____ [rapports des 7 juin 2017 et 26 mars 2018], les médecins de la Clinique K. _____ [rapport de synthèse du 27 juin 2018], la Dre P. _____ [en particulier rapport d'examen final du 12 septembre 2018], le Dr C. _____ [rapport du 3 décembre 2018] et la Dre M. _____ du SMR [rapport du 4 février 2020]), qui concordent pour conclure à des douleurs chroniques consécutivement à un traumatisme avec œdème osseux du troisième cunéiforme et probable fracture sous-chondrale. Ces appréciations montrent par ailleurs que les signes d'algoneurodystrophie présents au décours de l'accident se sont résorbés (rapport du Dr N. _____ du 7 juin 2017) pour finalement disparaître (rapport d'IRM du 23 janvier 2018 et rapport de synthèse de la Clinique K. _____ du 27 juin 2018). Enfin, selon l'appréciation de la Dre P. _____ (rapport d'examen final du 12 septembre 2018) reprise par la Dre M. _____ (rapport SMR du 4 février 2020) et qui n'est au demeurant pas contestée, les troubles susmentionnés du pied gauche sont compatibles avec l'exercice d'une activité plutôt légère, évitant les positions statiques prolongées, permettant de l'alternance des positions assise/debout et sans port de charge de plus de 5 à 10 kg.

La situation est en revanche moins claire en ce qui concerne les troubles lombaires dont souffre l'assurée (rapport d'IRM lombaire du 19 juillet 2017, rapports du Dr N. _____ des 5 décembre 2017 et 24 janvier 2018, rapport de synthèse de la Clinique K. _____ du 27 juin 2018, rapport d'examen final de la Dre P. _____ du 12 septembre 2018, rapports du Dr C. _____ des 3 décembre 2018 et 30 octobre 2020,

rapport de la Dre M. _____ du SMR du 4 février 2020) et qui étaient déjà présents lors du dépôt de sa première demande de prestations (rapport du Dr B. _____ du 1^{er} septembre 2010). On constate tout d'abord que les appréciations médicales au dossier de la CNA (en particulier celles de la Clinique K. _____ et de la Dre P. _____) n'abordent que superficiellement cette problématique – et pour cause, dès lors que les troubles lombaires de la recourante n'ont pas été engendrés par l'accident du 29 novembre 2016 et qu'ils n'avaient donc pas à être investigués par l'assureur-accidents. Cela posé, il apparaît en outre qu'aucun avis médical n'a clairement pris position sur le point de savoir si les troubles lombaires étaient demeurés stationnaires ou s'ils avaient au contraire connu une évolution depuis la précédente demande de prestations. A cet égard, si le rapport du 30 octobre 2020 du Dr C. _____ mentionne une hernie discale depuis décembre 2016, force est de constater que rien au dossier ne permet d'objectiver ce diagnostic ; de fait, seules des protrusions discales ont été mises en évidence à l'IRM du 19 juillet 2017. On observe toutefois que si les médecins de la Clinique K. _____ ont décrit des troubles du pied gauche au premier plan et des problèmes lombaires au second plan (rapport de synthèse du 27 juin 2018 p. 4), le Dr C. _____ a ultérieurement signalé que, depuis le 1^{er} décembre 2018, l'arrêt de travail de la patiente était surtout justifié par les lombosciatalgies (rapports des 3 décembre 2018 et 30 octobre 2020) – observations qui posent la question d'une éventuelle dégradation postérieurement aux mesures d'investigation de la CNA et que l'OAI se devait d'examiner. Dans le même sens, on rappellera que, lors de l'évaluation ménagère effectuée durant l'été 2020, l'assurée a déclaré que les douleurs et la boiterie provoquées par l'atteinte du pied gauche avaient accru les douleurs lombaires. Or, à ce jour, aucun médecin ne s'est positionné quant à une telle interaction. A la lumière de ces éléments, on ne peut que constater l'insuffisance de l'instruction menée par l'intimé s'agissant des troubles lombaires de la recourante.

bb) Des éclaircissement s'imposent également sous l'angle psychosomatique.

A cet égard, on rappellera que dans son rapport d'expertise du 1^{er} septembre 2010, le Dr B._____ avait évoqué des douleurs généralisées compatibles avec un trouble somatoforme persistant ainsi que des signes de fibromyalgie positifs. En d'autres termes, les antécédents psychosomatiques de la recourante - tels que déterminés à l'époque de la première demande de prestations et sur lesquels il n'y a pas lieu de revenir à ce stade - étaient connus de l'OAI. Or des éléments du registre psychosomatique ont à nouveau été mis en exergue dans le cadre de la seconde demande de prestations. Ainsi, dans un rapport du 31 août 2017, la Dre P._____ a expressément posé le diagnostic de fibromyalgie et les médecins de la Clinique K._____ en ont fait de même dans l'avis de sortie du 19 juin 2018. S'ils n'ont certes plus mentionné une telle atteinte dans leur rapport de synthèse du 27 juin 2018, ils ont néanmoins relevé que les plaintes et les limitations fonctionnelles de l'assurée ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées. Enfin, le Dr C._____ a explicitement mentionné un diagnostic de fibromyalgie dans ses rapports des 3 décembre 2018 et 30 octobre 2020. Pour autant, l'intimé n'a procédé à aucune mesure d'instruction afin de déterminer l'évolution de l'état de santé de la recourante sur le plan psychosomatique.

Dès lors, on peine à comprendre les éléments sur lesquels la Dre M._____ s'est fondée pour retenir que la fibromyalgie de l'assurée n'était pas du ressort de l'assurance-invalidité (avis SMR du 4 février 2020). A ce propos, contrairement à ce que retient la Dre M._____ (avis SMR des 4 février 2020 et 11 janvier 2021), il n'y a pas lieu de s'arrêter sur l'absence de psychopathologie retenue par les médecins de la Clinique K._____ ou sur le fait que les ressources de l'assurée seraient « *non négligeables* ». En effet, force est de rappeler que le séjour à la Clinique K._____ visait à définir les capacités fonctionnelles de l'intéressée en lien avec le traumatisme subi au pied gauche le 29 novembre 2016 (rapport de la Dre P._____ du 8 mai 2018). Compte tenu de ce mandat, les évaluateurs de la Clinique K._____ se sont limités à une prise en charge strictement somatique (examens d'imagerie, suivi physiothérapeutique, atelier professionnel) et n'ont pas procédé à des

investigations particulières du point de vue psychosomatique. En conséquence, la recourante n'a pas été soumise à une évaluation psychiatrique en bonne et due forme lors de son passage à la Clinique K._____ et ses ressources résiduelles n'ont pas davantage été examinées à l'aune de la grille d'indicateurs établie par la jurisprudence (cf. consid. 4d supra). A cela s'ajoute encore que l'échec de la mesure de réadaptation mise en œuvre par l'OAI entre juin et novembre 2018 n'a, à ce jour, pas été appréhendé à la lumière des indicateurs susdits.

Sous cet angle également, l'instruction diligentée par l'intimé n'est donc pas satisfaisante.

b) Quant aux comptes-rendus établis par le Dr C._____, ils ne permettent pas de pallier les carences décrites ci-avant. En effet, les diagnostics posés ne sont guère étayés et leurs répercussions du point de vue de la capacité de travail ne se trouvent aucunement objectivées.

c) De ce qui précède, il résulte que les éléments au dossier ne permettent pas de se prononcer sur la question litigieuse en toute connaissance de cause. On peine, du reste, à comprendre la position de l'office intimé qui semble ignorer la recommandation émise le 11 janvier 2021 par le SMR - sous la plume de la Dre M._____ - en faveur d'un examen clinique complet dans le cadre d'une expertise (cf. avis SMR du 11 janvier 2021). Dans ces conditions, il convient de lui renvoyer le dossier, dès lors qu'il lui incombe en premier lieu d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire (comportant un volet rhumatologique et un volet psychiatrique) conformément à l'art. 44 LPGA, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de se positionner sur les autres arguments et réquisitions de l'intéressée.

6. a) En conclusion, le recours est admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (applicable dans sa teneur au 31 décembre 2020 en vertu de l'art 82a 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'intimé.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité 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 la mettre à la charge de la partie intimée.

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

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 6 octobre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à X. _____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Aba Neeman (pour X. _____),
- 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 :

