

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2018 / 349 vom 24. April 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-04-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2018\\_\\_349](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2018__349)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2018 / 349 du 24 avril 2018

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2018 / 349 del 24 aprile 2018

### Regeste

EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, FORCE PROBANTE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, COMPARAISON DES REVENUS, MESURE D'ORDRE PROFESSIONNEL, RENTE D'INVALIDITÉ | 17 LAI, 28 LAI, 16 LPGA, 8 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 24.04.2018 Arrêt / 2018 / 349

EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, FORCE PROBANTE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, COMPARAISON DES REVENUS, MESURE D'ORDRE PROFESSIONNEL, RENTE D'INVALIDITÉ | 17 LAI, 28 LAI, 16 LPGA, 8 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 143/16 - 119/2018 ZD16.025119 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 24 avril 2018 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Berberat , présidente Mmes Röthenbacher et Dessaux, juges Greffière : Mme \_\_\_\_\_ Monod \*\*\*\*\* Cause pendante entre : B. \_\_\_\_\_ , à [...], recourante, représentée par Me Jean-Louis Duc, avocat, à Château-d'Oex et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 8 et 16 LPGA ; art. 17 et 28 LAI E n f a i t : A. a) B. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1976, ressortissante [...], était employée à 100% en tant que lingère auprès de l'Hôpital C. \_\_\_\_\_ depuis le 1 er septembre 2002. En raison d'atteintes multiples à la santé, elle a subi dès 2003 de nombreuses investigations et présenté une incapacité de travail de 50% dès le 15 décembre 2011. Au terme d'un rapport médical du 26 octobre 2006, le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au sein de l'Hôpital C. \_\_\_\_\_, a posé le diagnostic d'une « insertionite de l'aponévrose plantaire au calcaneum avec épine calcanéenne arrière-pied droit ». Ce médecin exposait qu'à la suite d'un accident survenu le 10 février 2006, lors duquel l'assurée s'était tordu la cheville droite, des douleurs du talon avaient rapidement augmenté jusqu'à handicaper la patiente, laquelle n'avait toutefois jamais arrêté de travailler. Le traitement prescrit consistait en de la physiothérapie par onde de choc avec prescription d'une paire de talonnettes en sylastique de type épine calcanéenne. Dans un rapport médical du 19 juillet 2011 adressé au médecin traitant, la Dresse G. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, le Dr F. \_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint du Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier H. \_\_\_\_\_, a posé les diagnostics de « talalgies sur raccourcissement des chaînes postérieures droites plus que gauches ». Ce médecin proposait comme traitement six séances de physiothérapie de stretching du triceps sural avec enseignement des exercices et poursuite des exercices à domicile à raison de deux fois par jour durant vingt minutes sur trois mois, tous les jours. Si

l'évolution devait être stationnaire, il pourrait proposer dans un second temps une infiltration locale cortisonnée sous contrôle échographique. Dans un courrier du 17 janvier 2012 adressé au médecin traitant, le Dr J. \_\_\_\_\_, médecin-chef du Centre K. \_\_\_\_\_, a posé les diagnostics suivants : « - Lombo-pygalgies chroniques dans le contexte de : ■ Discrets troubles dégénératifs. ■ Déconditionnement musculaire et psychique. - Etat anxiodépressif. » Ce spécialiste s'est exprimé en ces termes sur l'état de santé de l'assurée : « Appréciation : Votre patiente présente donc des lombo-pygalgies chroniques dans le contexte de discrets troubles dégénératifs. Un déconditionnement musculaire est réellement présent. Il n'y a pas de lésion radiologique sévère et ici je rejoins votre suggestion d'envisager un reconditionnement musculaire. Toutefois il lui semble difficile d'entrevoir une prise en charge intensive ici à [...], qui à mon avis serait certainement la meilleure pour des raisons économiques. Eventuellement elle pourrait envisager de faire ce traitement au printemps quand les routes seront mieux praticables. On pourrait aussi envisager une cure thermale, mais Mme B. \_\_\_\_\_ n'a pas les moyens, car l'assurance ne lui alloue que frs. 10.-/j. Dans ce contexte, je lui ai proposé de reprendre un traitement physiothérapeutique à [...] x, axé sur des exercices de reconditionnement musculaire. [...] » En raison d'une grossesse extra-utérine gauche chez une patiente 8G-1P de 35 ans, ainsi que d'un diabète de type II traité par Metformin au titre de comorbidité, l'assurée a présenté une incapacité de travail à 100% du 31 janvier 2012 au 10 février 2012, avec une reprise du travail à plein temps dès le 11 février 2012. Dans un courrier médical adressé le 2 mai 2012 par la Dresse G. \_\_\_\_\_ au Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin-conseil de l'assureur perte de gain en cas de maladie, la M. \_\_\_\_\_ SA, il ressortait les indications suivantes sur l'état de santé de l'assurée : « 1 : A) Etat anxio-dépressif (voir courrier au Dr N. \_\_\_\_\_ et collaborateurs 24.04.2012). B) GEU [réd. : grossesse extra-utérine] G [réd. : gauche] en janvier 2012 (voir documents gynécologiques ad hoc). C) Diabète de type 2 (voir rapport endocrinologique) dès 2010 environ. D) Dorsolombalgies avec troubles statiques + dégénératifs (anomalie de transition lombo-sacrée) (voir documents Dr J. \_\_\_\_\_ y relatifs). E) Tendinite du tendon d'Achille D [réd. : droit] + éperon calcanéen (voir document hôpital orthopédique). F) Fausses couches à répétition entre 2002-2010. G) Cervicalgies G en 2010. H) Paresthésies 5 ème doigt main D en 2010. I) Entorse avant-pied G en 2009. J) Angine avec état grippal en 2009. K) Scapulalgie D de 2007-2009. L) Surcharge pondérale. M) Constipation chronique. N) Lithiase urétérale avec infection en 2003. 2 : A) Suivi psychothérapeutique en cours. B) Suivi gynécologique. C) Consultation endocrinologique + Metfin 500 mg 2 cpr./jour. D) AINS [réd. : anti-inflammatoires non stéroïdiens] + physiothérapie + repos. Il est regrettable que cette patiente n'ait pas pu bénéficier du traitement à [...] proposé par le Dr J. \_\_\_\_\_, qui aurait pu aider cette patiente au plan antalgique. E) Talonnette d'épargne calcanéenne en silicone. De F à K) Points réglés actuellement. L) Régime alimentaire (a perdu 10 kg). M) Transipeg F 2 fois/jour. 3 : A) Etat dépressif sévère en cours de traitement psychiatrique. L'évolution sera à juger dans les semaines à venir. Voir aussi avec le Dr N. \_\_\_\_\_, psychiatre et Mme [...], psychologue. C) Le diabète va mieux grâce à la perte de poids et aux médicaments susnommés. D) Persistance des lombalgies chroniques à cause, entre autres, de la position au travail (blanchisserie). E) Ne peut pas rester debout toute une journée, malgré la talonnette en silicone susnommée. 4 : Cette patiente est au bénéfice d'un arrêt de travail à 50% dès le 19.04.2012 en relation avec l'état dépressif, les dorso-lombalgies et les talalgies. Si nécessaire, une expertise pourrait être demandée par vos soins. » Dans un rapport médical du 9 juillet 2012 adressé par le Dr N. \_\_\_\_\_ du Centre d'accueil et de traitement

psychiatrique [...] de la Fondation P. \_\_\_\_\_ à [...], au médecin-conseil de l'assureur perte de gain de l'assurée, il a été répondu comme suit aux questions posées : « 1. Récapitulation des diagnostics selon CIM-10 Douleurs chroniques où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (F45.41) Trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) chez une personnalité dépendante probable (F60.7). 2. Traitement entrepris Nous avons proposé un suivi psychothérapeutique de soutien avec des entretiens mensuels, la fréquence des entretiens restant à évaluer. 3. Limitation fonctionnelle contribuant à une incapacité de travail. La limitation est surtout en rapport avec des douleurs somatiques, du pied et du dos, qui empêchent la patiente à rester longtemps dans la même position. 4. Prière de vous déterminer quant aux critères de sévérité en cas de troubles somatoformes douloureux et de préciser l'importance de la comorbidité psychiatrique. La patiente décrit des douleurs somatiques qui se sont intensifiées depuis quelques années, et qui restent intenses et durables, malgré divers traitements tentés pour les apaiser qui s'avèrent peu efficaces ou de trop courte durée. Quant au trouble anxio-dépressif, il existe depuis de nombreuses années et n'a jusqu'à présent pas eu de répercussion sur la capacité de travail à notre connaissance. Ce trouble s'accroît néanmoins avec les inquiétudes grandissantes quant à l'impuissance des médecins à trouver le moyen de calmer ses douleurs. 5. Comment évaluez-vous l'incapacité de travail L'incapacité de travail est évaluée par son médecin traitant la Dr G. \_\_\_\_\_, en raison de la prédominance actuelle des troubles somatiques sur les troubles psychiques. Ces derniers sont directement influencés par l'aggravation des douleurs de la patiente mais ne justifient pas à eux seuls en l'état actuel l'incapacité de travail. a) dans une activité de lingère b) dans une activité adaptée. » Par courrier du 16 août 2012 à la Dresse G. \_\_\_\_\_, le Dr L. \_\_\_\_\_ s'est interrogé sur le bien-fondé d'une incapacité de travail de l'assurée. Relevant que les diagnostics somatiques n'étaient pas vraiment d'importance et que diverses morbidités (diabète, obésité, constipation) ne pourraient que profiter d'une activité physique régulière, le Dr L. \_\_\_\_\_ était d'avis qu'il fallait tenir compte d'une capacité de travail totale de l'assurée dès le 1 er septembre 2012. Le 6 août 2012, B. \_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en indiquant souffrir de « talalgies depuis 2006 » et de « douleurs au dos depuis 2011 ». Par courrier du 16 août 2012, la M. \_\_\_\_\_ SA, a informé l'assurée que le Dr L. \_\_\_\_\_ lui reconnaissait une capacité de travail entière dès le 1 er septembre 2012, raison pour laquelle l'assurance précitée mettait un terme au versement des indemnités journalières au 31 août 2012. Par courrier du 30 août 2012 à l'OAI, la M. \_\_\_\_\_ SA a indiqué que le décompte des indemnités journalières se présentait comme suit : « 100% \_\_\_\_\_ du 06.02.2012 au 11.02.2012 6 jours 50% \_\_\_\_\_ du 12.02.2012 au 29.02.2012 18 jours 50% \_\_\_\_\_ du 19.04.2012 au 25.06.2012 68 jours 100% \_\_\_\_\_ du 26.06.2012 au 06.07.2012 11 jours 50% \_\_\_\_\_ du 07.07.2012 au 31.08.2012 56 jours. » Dans un rapport médical du 20 août 2012 à l'OAI, la Dresse G. \_\_\_\_\_ a estimé que les diagnostics de « douleurs chroniques avec facteurs somatiques et psychiques (F45.41) » et de « trouble anxieux et dépressif mixte chez une personnalité dépendante » avaient des effets sur la capacité de travail de sa patiente. Elle a fait état d'un traitement médicamenteux avec de la physiothérapie, ainsi que de la psychothérapie. Elle estimait que l'activité habituelle était exigible à 50% dès le 19 avril 2012 en précisant qu'en raison des talalgies chroniques, il fallait une activité adaptée dans laquelle l'assurée n'était pas en position debout mais plutôt assise. Elle relevait qu'une activité exercée en position assise était exigible à 100% alors qu'une activité exercée uniquement en position debout, l'était à 50%. Au vu des éléments précités, l'OAI a soumis

le cas de l'assurée à son Service Médical Régional (ci-après : le SMR). Par avis du 21 septembre 2012, le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, n'a pas retenu de diagnostics ayant des effets sur la capacité de travail de l'assurée et a dès lors considéré que celle-ci bénéficiait d'une capacité de travail de 100% tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. L'appréciation de ce médecin était notamment libellée en ces termes : « A ma surprise, les limitations fonctionnelles qui contribuent à une incapacité de travail sont, selon le psychiatre, d'ordre somatique : « la limitation est surtout en rapport avec des douleurs somatiques du pied et du dos, qui empêchent la patiente de rester longtemps debout. » Si l'on considère que les manifestations relèvent d'un trouble somatoforme, celui-ci n'est pas invalidant au sens de l'AI. En effet, il n'existe aucun problème psychiatrique sévère associé, puisque les limitations décrites par le psychiatre sont d'ordre somatique et non psychique. Les symptômes ayant entraîné une incapacité de travail sont récents (fin 2011 selon rapport médical du 24.08.12 [recte : 20.08.12]). L'assurée est normalement intégrée dans la vie. Sur la base des éléments médicaux, le médecin-conseil de la [...] assurance a écrit à l'assurée avec copie à son employeur que le travail devait être repris à 100%, dès le 01.09.2012. Comme l'arrêt de travail n'est pas de longue durée et comme l'activité précédemment exercée est toujours exigible, il n'existe aucune atteinte à la santé au sens de l'AI. » A teneur d'un document du 12 octobre 2012 intitulé « IP – Note de suivi » interne à l'OAI, il ressortait en particulier que l'assurée avait repris son emploi à 50% dès le 18 septembre 2012, alors qu'elle se trouvait au bénéfice d'un certificat médical d'incapacité de travail à 50%. Un essai à 100% avait été tenté, mais s'était soldé par un échec. Le dernier employeur n'était pas en mesure d'adapter le poste de travail de l'assurée, les tâches y étant effectuées principalement en position debout, la position assise n'étant pas compatible avec la fonction. Le responsable de l'hôpital indiquait au surplus ne pas pouvoir maintenir cet emploi à 50% sur le long terme pour des motifs d'organisation interne. Par communication du 15 octobre 2012, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il mettait un terme au conseil ainsi qu'au suivi pour le maintien de son poste de travail actuel dont elle avait disposé de la part de son service de réadaptation. L'OAI précisait également que les prestations entrant en ligne de compte allaient prochainement être examinées. Par projet de décision du 16 octobre 2012, l'OAI a refusé le droit de l'assurée à des mesures de reclassement professionnel, ainsi qu'à une rente. Il retenait en substance que dès le mois de septembre 2012, l'intéressée disposait d'une pleine capacité de travail et de gain, ses problèmes de santé n'étant pas considérés comme des atteintes invalidantes au sens de l'AI. Le 26 octobre 2012, l'assurée, représentée par Me Jean-Louis Duc, a contesté le projet de décision précité et a produit un courrier médical du 25 septembre 2012 de la Dresse G. \_\_\_\_\_ adressé à son conseil. Ce médecin y précisait notamment qu'au vu de son état de santé actuel, sa patiente ne pouvait travailler à un taux supérieur à 50% dans son activité de lingère au sein de l'Hôpital C. \_\_\_\_\_. Par décision du 10 janvier 2013, dont la motivation figure dans un courrier séparé portant la même date, l'OAI a confirmé l'intégralité de son projet de décision susmentionné et a ainsi refusé tant l'octroi de mesures professionnelles que d'une rente. b) Dans le cadre de son recours déposé le 25 janvier 2013 à l'encontre de la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois, l'assurée a notamment produit les pièces médicales suivantes : - un rapport médical du 21 janvier 2013 de la Dresse G. \_\_\_\_\_ précisant que sa patiente n'avait pas été en mesure de reprendre son travail et se trouvait ainsi en arrêt à 100% en raison d'un problème orthopédique et d'un état dépressif en relation directe avec une grossesse non évolutive ayant dû être interrompue ; - un rapport médical du 11 avril 2013

du Dr R. \_\_\_\_\_, chef de clinique au sein du Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre hospitalier H. \_\_\_\_\_, adressé à la Dresse G. \_\_\_\_\_, retenant le diagnostic d'insertionite du fascia plantaire droit et précisant que la patiente avait perdu son travail, ne pouvait plus rester debout et se déplaçait avec deux cannes. Il proposait dès lors à la patiente une résection de l'éperon calcanéen et une section partielle de la fascia plantaire ; - un rapport médical du 13 avril 2013 établi par la Dresse G. \_\_\_\_\_ en réponse aux questions que lui avait adressées le médecin-conseil de la M. \_\_\_\_\_ SA. L'OAI a, dans son écriture du 16 mai 2013, conclu à la nécessité de nouvelles mesures d'instruction. Il a produit en ce sens un avis médical du SMR du 7 mai 2013 établi par le Dr Q. \_\_\_\_\_ auquel il s'est rallié et dont il ressort ce qui suit : « Alors que les talalgies étaient attribuées à un raccourcissement des chaînes postérieures droites, le Dr R. \_\_\_\_\_, orthopédiste, parle maintenant d'une fasciite plantaire résistante au traitement par infiltrations et ondes de choc, pour laquelle il pose une indication opératoire. (rapport du 11.4.2013). Par ailleurs, l'assurée a subi un curetage interrupteur en décembre 2012, à l'origine d'un état dépressif pris en charge à [...]. Dans ces conditions, je pense que nous devons admettre que la capacité de travail dans l'activité n'a pas excédé 50% jusqu'au 3.12.2012. L'incapacité de travail de 100% est justifiée depuis le 4.12.2012. Elle devra être réévaluée 3 mois au moins après l'intervention prévue. L'évolution psychiatrique devrait également être suivie. » Par arrêt du 17 mars 2014 (en la cause AI 36/13 – 53/2014), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours de l'assurée, annulé la décision rendue le 10 janvier 2013 par l'OAI et renvoyé le dossier à ce dernier pour complément d'instruction au sens des considérants. La Cour a notamment retenu les éléments suivants : « 4. a) [...] Il résulte de ce qui précède que les avis médicaux au dossier relatifs à la problématique d'ordre orthopédique paraissent concorder. Ils ne sont toutefois pas suffisants pour permettre à la Cour de statuer en toute connaissance de cause, la question de l'évaluation de l'incidence sur la capacité de travail de l'atteinte à la santé mise en évidence en mars-avril 2013 devant faire l'objet de plus amples éclaircissements, en particulier s'agissant de sa délimitation dans le temps ainsi que de son évolution à la suite du geste chirurgical prévu. Partant l'avis d'un spécialiste en orthopédie en complément de celui du Dr R. \_\_\_\_\_ est nécessaire en l'espèce. b) Au plan psychiatrique, les médecins consultés par la recourante font mention d'affections. Ainsi le Dr J. \_\_\_\_\_ indique la présence d'un état anxiodépressif (cf. courrier médical du 17 janvier 2012), le Dr N. \_\_\_\_\_ – suivi en ce sens par la Dresse G. \_\_\_\_\_ au terme de son rapport médical du 20 août 2012 – pose quant à lui le diagnostic de troubles anxieux et dépressif mixte (F41.2) chez une personnalité dépendante probable (F60.7) (cf. rapport médical du 9 juillet 2012). Ce spécialiste souligne cependant une prédominance des troubles somatiques sur les troubles psychiques de l'assurée, de sorte que les seconds sont directement influencés par l'aggravation des premiers mais ne justifient pas à eux seuls, en l'état actuel, une incapacité de travail. C'est dans ce contexte que le rapport SMR du 21 septembre 2012 se limite, sans plus ample instruction sur ce point, à souligner qu' « il n'existe aucun problème psychiatrique sévère associé, puisque les limitations décrites par le psychiatre sont d'ordre somatique et non psychique. » Ces conclusions sont par la suite contredites par les pièces médicales produites en cause par la recourante. Ainsi dans un rapport du 21 janvier 2013, la Dresse G. \_\_\_\_\_ indique que sa patiente se trouve alors en arrêt de travail à 100 % d'une part en raison de son problème orthopédique et d'autre part, en raison d'un état dépressif en relation avec une grossesse non évolutive qui avait dû être interrompue, l'intéressée étant suivie pour cette affection par la [...]. Ces observations sont ensuite précisées dans un second rapport médical du 13 avril

2013 au terme duquel la Dresse G. \_\_\_\_\_ mentionne qu'en décembre 2012, sa patiente a dû subir un curetage pour grossesse non évolutive qui a provoqué un sévère état dépressif avec tendances suicidaires ayant nécessité l'intensification du suivi psychiatrique de la recourante. Le médecin traitant relève néanmoins qu'à l'heure actuelle, l'assurée va mieux sur le plan psychiatrique et qu'elle a ainsi pu stopper la prise de Remeron associée à un suivi psychiatrique instauré en décembre 2012. Comme le relève la Dresse G. \_\_\_\_\_, il semblerait qu'après la mise en place d'un traitement adéquat, l'état de santé psychique de la recourante se soit amélioré dans le courant 2013. Cet épisode pourrait donc apparaître comme une aggravation temporaire de son état de santé, secondaire aux problèmes d'ordre orthopédique. Il convient toutefois d'instruire plus en détail ce point resté lacunaire en l'état du dossier et de mettre en œuvre à cet effet, une expertise psychiatrique de l'assurée (cf. consid. 5b infra). » B. Reprenant l'instruction du dossier, l'OAI, se référant à l'avis médical du SMR du 22 mai 2014, a informé l'assurée, par communication du 27 juin 2014, qu'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, orthopédie, psychiatrie) était nécessaire. Il a confié le mandat au Centre A. \_\_\_\_\_. Dans un rapport du 28 avril 2015, les Drs S. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, V. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et X. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, ont retenu que les diagnostics de talalgies droites chroniques rebelles à tout traitement (2006) avaient des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée, alors que tel n'était pas le cas des diagnostics de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (env. 2007), de lombalgies chroniques non spécifiques (2011), de cervicalgies intermittentes (2010) et de syndrome métabolique avec obésité de classe II (BMI 36.5 kg/m<sup>2</sup> dès 2010 et diabète de type II traité. Ils ont estimé que l'activité de lingère n'était plus exigible, l'assurée ne pouvant plus travailler debout, alors qu'une activité en position assise pouvait être effectuée sans limitation. Elle se trouvait à l'arrêt de travail à 50% depuis le 3 janvier 2012 et à 100% depuis le début de l'année 2013, laquelle persistait dans l'activité actuelle. De l'avis même de l'assurée, une activité en position assise pouvait être effectuée à 100%. Selon les experts, une activité adaptée était exigible à 100% sans diminution de rendement. Ils précisent qu'il n'y avait pas eu d'incapacité de travail durable, hormis durant la période post-opératoire en juillet 2013. Les experts ont notamment exposé ce qui suit : « Situation actuelle et conclusions Sur le plan de la médecine interne, Madame B. \_\_\_\_\_ présente, dans le cadre d'un syndrome métabolique avec obésité de classe II (BMI de 36,5 kg/m<sup>2</sup>), un diabète de type II sans complications : le status ne montre aucun signe d'atteinte macro-vasculaire, il n'y a pas de polyneuropathie et le fond d'œil ne montre ni exsudat, ni hémorragie. Les glycémies sont déclarées dans la cible thérapeutique. Ainsi, le syndrome métabolique ne détermine actuellement aucune limitation fonctionnelle. Dans un contexte de discrets troubles dégénératifs lombaires, l'expertisée présente des lombalgies chroniques et des pygalgies. La surcharge pondérale et le déconditionnement musculaire expliquent largement cette symptomatologie, qui ne s'accompagne ni de signes inflammatoires, ni d'image radiologique de spondylarthrite. Le dérouillage matinal est bref et il n'y a aucune symptomatologie des membres inférieurs laissant supposer une atteinte plexulaire ou radiculaire. En outre, l'examen neurologique est normal, les douleurs, lors de la manœuvre de Lasègue, étant liées essentiellement à un raccourcissement des ischio-jambiers. Il s'agit ainsi de lombalgies non spécifiques chez une expertisée obèse et sédentaire. Le traitement habituellement consiste en une mobilisation active et une lutte contre le déconditionnement Cette affection ne saurait limiter la capacité de travail. Concernant les cervicalgies, l'examen clinique est normal, retrouvant uniquement une discrète contracture paracervicale

non handicapante. La mobilité cervicale est complète et le status neurologique des membres supérieurs normal. En conclusion, il n'y a pas d'incapacité de travail à retenir. Sur le plan orthopédique, Madame B. \_\_\_\_\_ présente une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, sans limitation d'amplitudes ni douleurs nocturnes. Elle dit elle-même qu'elle peut à peu près tout faire avec cette épaule droite, mais avec des douleurs. L'examen clinique montre des signes de souffrance globale des différents tendons de la coiffe, sans signe évident de rupture. Le problème principal se situe au niveau du pied droit, avec persistance de talalgies qui n'ont pas répondu aux traitements conservateur puis chirurgical effectué le 26.07.2013 au Centre hospitalier H. \_\_\_\_\_. Madame B. \_\_\_\_\_ ne peut pas charger sur son talon et a des douleurs qui s'intensifient lorsqu'elle marche plus de 30 à 60 minutes ; elle s'aide d'une canne dans la main droite. A l'examen clinique, on note une décharge systématique de talon, ce qui entraîne une surcharge de l'avant-pied, il y a d'ailleurs des douleurs à la palpation de la région des métatarsiens centraux distalement. De simples talonnettes ne peuvent pas diminuer cette surcharge de l'avant-pied. La semelle orthopédique que nous présente l'expertisée est perçue comme trop rigide. Il faudrait peut-être refaire des supports avec un appui rétrocapital, mais une zone souple plus importante au niveau du talon. Ceci dit, il y a peu d'amélioration à attendre pour ces talalgies qui sont actuellement chroniques et limitent la position debout et les déplacements. Madame B. \_\_\_\_\_ décrit elle-même qu'elle pourrait avoir une activité professionnelle à 100% si elle travaillait en position assise. L'expert orthopédique se range à cet avis, ne voyant pas vraiment quel traitement pourrait être proposé qui puisse faire disparaître les talalgies. La capacité de travail est complète en temps et rendement dans une activité adaptée. Sur le plan psychique, nous constatons tout d'abord une bonne concordance entre les plaintes et l'observation, hormis pour la fatigue – qui ne survient toutefois que si l'expertisée a été davantage active la veille. Actuellement, il n'y a pas de tristesse, d'anhédonie, de fatigue marquée, de troubles cognitifs, d'idées noires ou suicidaires. Il n'y a pas non plus d'irritabilité anormale ni de trouble du sommeil marqué. Le tableau n'atteint donc pas le seuil diagnostique d'un épisode dépressif selon les critères de la CIM-10. Les psychothérapeutes qui ont pris en charge Madame B. \_\_\_\_\_ n'ont pas retenu, en juillet 2012, d'épisode dépressif, mais un trouble anxieux et dépressif mixte (F41 2) qui n'est pas une affection sévère pouvant entraver durablement la capacité de travail. Par la suite, l'expertisée a présenté un épisode dépressif sévère suite au curetage pour grossesse non évolutive en décembre 2012 ; un antidépresseur (Réméron) a été introduit, traitement qui a ensuite pu être interrompu. L'évolution clinique a été tout à fait favorable. Il n'y a pas eu d'hospitalisation en milieu psychiatrique. Les notes de suivi psychiatrique indiquent que la prise en charge a pris fin le 18.03.2013. A ce moment, [...] notait qu'au terme de 4 entretiens d'investigation, la patiente va bcp mieux sur le plan du moral. Les douleurs existent. La patiente ne les relie pas à une éventualité psychique. Elle est dans le souhait d'obtenir la rente d'Al à 50% afin qu'elle puisse travailler à 50% dans une activité assise. En effet, la patiente n'a aucune demande. Elle souhaite en rester là. Le tableau clinique actuel ne permet de retenir ni une dysthymie, ni un trouble de l'adaptation. Un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) a été mentionné par le passé, notamment lors de la prise en charge psychothérapeutique. Actuellement, nous n'avons aucun élément en faveur d'une telle affection. Les plaintes somatiques sont au premier plan mais il n'y a pas de rétrécissement marqué du champ de la pensée sur les douleurs. Madame B. \_\_\_\_\_ n'est pas plaintive ; l'évaluation somatique met en évidence des lésions expliquant la majorité de ses symptômes. Une probable personnalité dépendante (F60 7) a été mentionnée par le

passé ; nous n'en trouvons pas d'éléments clairs à l'anamnèse. L'anamnèse et à la lecture du dossier médical montrent que Madame B. \_\_\_\_\_ a présenté une réaction dépressive qui a pu diminuer de façon transitoire sa capacité de travail de décembre 2012 à mars 2013, soit durant son incapacité de travail pour raison somatique. L'évolution clinique a été tout à fait favorable : l'état psychique s'est amélioré au point que le traitement pharmacologique a pu être interrompu. Madame B. \_\_\_\_\_ ne présente actuellement aucune limitation fonctionnelle psychique. Elle est apte à travailler à plein temps sans diminution de rendement et à suivre des mesures de réadaptation professionnelle. » Par avis médical du 12 mai 2015, le Dr W. \_\_\_\_\_ du SMR s'est rallié aux conclusions et analyse du rapport du Centre A. \_\_\_\_\_ et a retenu incapacité de travail à 50% du 3 janvier 2012 au 1<sup>er</sup> janvier 2013. Dès la date précitée, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée, soit respectant les limitations fonctionnelles suivantes : « position debout environ une heure et marche très limitée en raison de talalgies droites. Pas de limitation psychique. Pas de travail avec le bras droit au-dessus des épaules, pas de port de charge de plus de 15 kg, pas de travail en porte-à-faux prolongé du tronc. Seul un travail en position assise est envisageable avec la possibilité de se lever ½ fois par heure à son gré. Il n'y a pas actuellement de limitation en rapport avec les cervicalgies et le tunnel carpien. » Le 19 mai 2015 ont été transmis à l'OAI un courrier du 2 février 2015 du Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, au médecin traitant, ainsi qu'un rapport de protocole opératoire du 17 février 2015 du Dr Z. \_\_\_\_\_, relatif à une décompression acromio-sous-acromiale, fraisage étendu, bursectomie, suture in situ du muscle sus-épineux. Par courrier du 14 juillet 2015 à l'OAI, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution était favorable lors du contrôle du 18 mai 2015 et qu'il n'avait pas prévu de revoir la patiente. Par décision du 13 mai 2016, dont la motivation figure dans un courrier séparé portant la même date, l'OAI a intégralement confirmé la teneur de son projet du 9 décembre 2015, soit le refus du droit à un reclassement et à une rente d'invalidité, faute pour l'assurée de subir un préjudice économique après comparaison des revenus. L'OAI a notamment considéré ce qui suit : « Résultat de nos constatations : Par votre demande du 8 août 2012, vous avez sollicité des prestations de notre assurance. Suite aux investigations médicales entreprises, notamment une expertise médicale bi-disciplinaire, nous constatons que depuis le 3 janvier 2012 vous subissez une incapacité de travail de 50%, puis de 100% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2013 dans votre activité habituelle de lingère. En revanche dans une activité respectueuse de vos limitations fonctionnelles (pas d'activité en position essentiellement debout et avec des déplacements ; pas de travail avec le bras droit au-dessus des épaules ; pas de port de charge de plus de 15 kg ; pas de travail en porte-à-faux prolongé du tronc ; activité en position assise avec la possibilité de vous lever 1 fois par heure à votre gré) nous vous reconnaissons une pleine capacité de travail dès le 1<sup>er</sup> janvier 2013. Tel serait le cas dans des activités industrielles simples et répétitives (surveillance d'un processus de production, ouvrière dans le conditionnement léger, préparatrice de commandes par exemple dans le domaine pharmaceutique). Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas – comme c'est votre cas – repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2012, CHF 4'112.-

par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2012, TA1 ; niveau de compétence 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures; soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2012 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'286.76 (CHF 4'112.- x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 51'441.12. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2012 à 2013 (-1-0.7 % ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 51'801.21 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a). Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc). Compte tenu de vos limitations fonctionnelles et de vos années de service, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité est justifié. Le revenu annuel d'invalidité s'élève ainsi à CHF 46'621.10. Sans atteinte à la santé, dans votre activité habituelle de lingère, vous auriez pu prétendre en 2013 à un revenu annuel brut de CHF 55'337.60. Vous subissez par conséquent un préjudice économique de 16% selon le calcul suivant Comparaison des revenus : sans invalidité CHF 55'337.60 avec invalidité CHF 46'621.10 La perte de gain s'élève à CHF 8'716.50 = un degré d'invalidité de 16%. Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité. Par ailleurs, ce taux d'invalidité n'ouvre pas le droit à un reclassement professionnel. » C. Par acte du 30 mai 2016, B. \_\_\_\_\_ recourt devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée du 13 mai 2016, concluant principalement à l'octroi de l'assistance judiciaire gratuite, à des mesures professionnelles (orientation, reclassement, ou aide au placement, par exemple), ainsi que le cas échéant à une rente d'invalidité. Elle allègue être dans l'impossibilité de tirer parti de la capacité de travail et de gain que lui reconnaît l'OAI qui refuse de prendre contact avec l'assurance-chômage pour coordonner l'intervention de ces deux assurances sociales dont l'une ne saurait la déclarer apte au travail et l'autre incapable de travailler et donc d'être placée. Elle se dit prête à tirer parti de sa prétendue capacité de travail, ce qui pourrait sans doute être possible si l'AI la faisait bénéficier d'un reclassement ou au moins d'une aide au placement. Par décision du 20 juin 2016, la juge instructrice alors en charge du dossier a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 2 juin 2016, soit l'exonération d'avances de frais et l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Louis Duc, l'assurée étant toutefois astreinte à s'acquitter d'une franchise mensuelle de 50 fr. dès et y compris le 1<sup>er</sup> août 2016. Dans sa réponse du 18 août 2016, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, précisant avoir répondu aux arguments de la recourante par courrier séparé du 13 mai 2016, soit dans le cadre de la procédure d'audition. Dans son écriture du 29 août 2016, l'assurée, soit pour elle son conseil, soutient que les conclusions du Centre A. \_\_\_\_\_ ne sont pas compréhensibles, compte tenu du fait que des mesures d'accompagnement qui devaient permettre le maintien à temps partiel d'une activité d'employée de buanderie dans des conditions favorables sont demeurées sans effet. Elle estime que le taux d'invalidité de 16% ne saurait être admis sans que la possibilité d'exercer sans restrictions des métiers tels que ceux avancés par l'OAI n'ait été vérifiée.

Elle reproche à ce dernier de ne pas voir fait tout ce que l'on était en droit d'attendre de lui pour lui venir en aide et lui permettre de tirer parti de sa capacité de travail résiduelle. Elle critique enfin le fait que l'OAI n'a pas pris contact avec l'assurance-chômage pour déterminer laquelle de ces deux assurances devait prendre les mesures nécessaires pour la réinsérer dans le circuit économique et/ou indemniser sa perte de gain. Dans son écriture du 15 septembre 2016, l'OAI ne s'est pas déterminé plus avant. Le 20 mars 2017, la magistrate alors en charge du dossier a précisé à l'assurée que la cause était gardée à juger. Par courrier du 6 mars 2018, le conseil de l'assurée a été invité à produire sa liste des opérations. Il a toutefois renoncé à cette faculté. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (CF. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 2c). b) Le litige porte en l'occurrence sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité ou à des mesures de reclassement professionnel. 3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 6 LPGA prévoit qu'est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (al. 2). b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF [Tribunal fédéral] 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En

outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). c) A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité ; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à la rente requiert cumulativement que l'assuré présente une capacité de gain ou à accomplir ses travaux habituels qui ne puisse être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qu'il ait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qu'au terme de cette année, il se trouve invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). d) A teneur de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. Tel n'est en principe pas le cas si l'assuré ne subit pas, même en l'absence d'une telle mesure de reclassement, une diminution de sa capacité de gain de l'ordre de 20 % au moins (ATF 124 V 108 consid. 2b). 4. En l'occurrence, dans son arrêt du 17 mars 2014 (AI 36/13 – 53/2014), la Cour de céans a considéré que l'instruction qui avait été menée par l'intimé sur les plans orthopédique et psychiatrique était lacunaire et ne permettait pas de trancher le litige à satisfaction de droit. a) Sur le plan orthopédique, la Cour de céans avait plus particulièrement retenu que les avis médicaux au dossier relatifs à la problématique orthopédique paraissaient concorder, soit une atteinte du pied droit avec persistance de talalgies lesquelles s'étaient révélées résistantes à tout traitement conservateur (infiltrations et ondes de choc). La Cour de céans a toutefois précisé qu'il convenait d'évaluer l'incidence de l'atteinte à la santé mise en évidence en mars-avril 2013 sur la capacité de travail de l'assurée, ainsi que son évolution à la suite du geste chirurgical prévu (cf. jugement du 17 mars 2014, consid. 4a). En effet, le Dr R. \_\_\_\_\_ posait, dans un rapport du 11 avril 2013,

une indication opératoire, les talalgies étant à son avis la conséquence d'une fasciite plantaire et non d'un raccourcissement des chaînes postérieures droites. La recourante a finalement bénéficié d'une intervention chirurgicale le 26 juillet 2013, soit une fasciotomie plantaire transverse partielle et résection d'un éperon calcanéen droit, laquelle n'a toutefois pas apporté d'amélioration. Selon les experts du Centre A. \_\_\_\_\_, ces talalgies sont chroniques et limitent la position debout et les déplacements de la recourante, cette dernière admettant toutefois qu'elle pourrait assumer une activité professionnelle à 100% si elle travaillait en position assise. Sur le plan somatique, la recourante a également présenté une atteinte à la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, laquelle n'avait toutefois d'influence que sur ses limitations fonctionnelles. Ainsi, lors de l'examen clinique par l'expert X. \_\_\_\_\_ le 18 décembre 2014, la recourante se plaignait d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, sans limitation d'amplitudes, ni douleurs nocturnes, précisant qu'elle pouvait tout faire avec cette épaule, mais avec des douleurs. Certes, la recourante a été opérée le 17 février 2015 par le Dr Z. \_\_\_\_\_, soit postérieurement à l'examen clinique précité, bénéficiant d'une décompression acromio-sous-acromiale, fraisage étendu, bursectomie et suture in situ du muscle sus-épineux. L'évolution ayant été qualifiée de favorable par le Dr Z. \_\_\_\_\_ lors d'un contrôle du 18 mai 2015, cette intervention ne pourrait tout au plus remettre en cause que sur une courte période l'évaluation de la capacité de travail à laquelle ont procédé les experts, ainsi que les limitations fonctionnelles retenues. Enfin, la recourante souffre de lombalgies chroniques et de pyralgies dues essentiellement à une surcharge pondérale et à un déconditionnement musculaire. Les experts du Centre A. \_\_\_\_\_ ont relevé l'absence de signes inflammatoires ou d'images radiologiques de spondylarthrite. Concernant les cervicalgies, l'examen clinique a été qualifié de normal par les experts, la mobilité cervicale étant complète et la discrète contracture paracervicale étant qualifiée de non handicapante. Le status neurologique des membres inférieurs et supérieurs était au surplus normal. b) Sur le plan psychique, la Cour de céans a constaté qu'un traitement adéquat avait été mis en place suite au développement d'un état dépressif en relation avec une grossesse non évolutive qui avait dû être interrompue en décembre 2012 et que l'état de santé psychique de la recourante s'était amélioré dans le courant 2013. La Cour de céans estimait cependant qu'il y avait lieu de déterminer s'il s'agissait d'une aggravation temporaire de l'état de santé, secondaire aux problèmes d'ordre orthopédique (cf. arrêt du 17 mars 2014, consid.4b). L'analyse clinique somatique a ainsi été complétée par une évaluation psychiatrique réalisée par l'expert V. \_\_\_\_\_, lequel a retenu que l'évolution clinique avait été favorable suite à l'introduction d'un antidépresseur (Réméron) lors de l'épisode dépressif sévère de décembre 2012. Ce traitement avait ensuite été interrompu, de même que la prise en charge le 18 mars 2013 et ce, sans hospitalisation en milieu psychiatrique. L'expert s'est ainsi référé aux notes cliniques de la période en question dont il a sollicité la production dans le cadre de l'expertise. Il s'avèrait que l'assurée a été reçue en urgence le 26 novembre 2012 dans un contexte d'interruption de grossesse médicale, car elle présentait un état dépressif sévère avec idéation suicidaire non scénarisée, des maux de tête, ruminations mentales importantes, des troubles du sommeil et une perte d'appétit et énergie. Le 3 décembre 2012, la recourante se sentait déjà plus calme et restait dans l'attente des conclusions de son gynécologue qui devait lui donner son avis quant à une éventuelle nouvelle grossesse. Par la suite, plusieurs rendez-vous ont été annulés et le 18 mars 2013, la recourante a indiqué qu'elle souhaitait « en rester là ». L'expert a dès lors considéré que la capacité de travail de la recourante avait pu diminuer de façon transitoire de décembre 2012 à mars 2013, soit

durant son incapacité de travail pour raison somatique. Au jour de l'expertise, le Dr V.\_\_\_\_\_ a constaté qu'il n'y avait pas de tristesse, d'anhédonie, de fatigue marqué, de troubles cognitifs, d'idées noires ou suicidaires. Il n'y avait pas d'irritabilité anormale, ni de trouble du sommeil marqué. L'expert a ainsi écarté de manière convaincante tout diagnostic incapacitant, notamment un épisode dépressif, faute d'atteindre le seuil diagnostic selon les critères de la CIM-10, un trouble de l'adaptation ou une probable personnalité dépendante, en l'absence d'éléments clairs dans l'anamnèse. Il en est allé de même d'un trouble somatoforme douloureux persistant mentionné dans le passé, notamment lors de la prise en charge psychothérapeutique. L'expert a indiqué à cet égard que les plaintes somatiques de la recourante étaient au premier plan et que l'évaluation somatique mettait en évidence des lésions expliquant la majorité des symptômes. c) Il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise réalisée au sein du Centre A.\_\_\_\_\_ par les Drs S.\_\_\_\_\_, V.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, lesquels ont estimé que dans l'activité habituelle, la capacité de travail était de 50% du 3 janvier 2012 à début 2013, puis nulle dès la période précitée. Ils ont toutefois conclu à une pleine capacité de travail de la recourante sans diminution de rendement dans une activité adaptée, soit dans une activité essentiellement assise, l'activité en position essentiellement debout et avec des déplacements n'étant plus possible. Les limitations fonctionnelles retenues ont au demeurant été précisées par le SMR (cf. avis médical du 12 mai 2015). Sur le plan psychique, on retiendra un épisode transitoire qui, d'après les documents médicaux produits dans cadre de l'expertise, semble s'être amendé progressivement après les consultations des 26 novembre et 3 décembre 2012. Le rapport d'expertise du Centre A.\_\_\_\_\_ du 28 avril 2015 remplit au demeurant toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. En effet, les experts, dont l'indépendance n'est pas remise en cause, ont fondé leur rapport sur un examen complet et ont pris en considération les plaintes exprimées par la recourante. Le rapport a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. Les experts ont complété le dossier en demandant par courrier du 18 décembre 2014 à la Dresse G.\_\_\_\_\_ un résumé du suivi psychothérapeutique de sa patiente. Compte tenu de sa réponse du 22 décembre 2014, les experts ont obtenu un résumé d'investigation du 14 mai 2012 au 9 juillet 2012, ainsi que des notes de suivi de consultations. Les experts ont en outre procédé le 18 décembre 2014 à des radiographies du pied droit face/oblique et des deux pieds en profil et en charge. d) En définitive, la décision du 13 mai 2016 échappe à la critique en tant qu'elle retient que la recourante conserve une pleine capacité dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles telles que retenues par le SMR (cf. avis médical du 12 mai 2015). 5. Il reste à examiner le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé, étant précisé que celui-ci n'est pas contesté par la recourante. a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité ; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C\_760/2015 du 21 juin 2016 consid. 3.2 et 9C\_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2). Pour procéder à la comparaison des revenus, il

convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; TF 9C\_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2) ou à la date de survenance d'un motif de révision (TF 9C\_181/2008 du 23 octobre 2008 consid. 4). b) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C\_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.1 et 9C\_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'à la date déterminante pour l'évaluation (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). En présence de circonstances particulières, en particulier lorsque l'assuré a cessé son activité depuis plusieurs années, il est possible de s'écarter du dernier salaire réalisé et de recourir aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) (TFA I 636/02 du 15 avril 2003 consid. 4.1). c) Le revenu d'invalidité doit être également évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes ([DPT] ; ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C\_843/2015 du 7 avril 2016 consid. 5.2 et 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidité. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C\_297/2011 du 31 janvier 2012 consid. 4.1.2 et 9C\_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Cette énumération d'éléments personnels et professionnels pouvant justifier une déduction doit toujours s'inscrire dans le but visé par la jurisprudence qui est de déterminer, à partir de valeurs statistiques, un revenu d'invalidité qui corresponde au mieux, in concreto, à l'exploitation lucrative raisonnablement exigible des activités encore possibles dans le cadre de la capacité résiduelle de travail (ATF 126 V 75 consid. 5 ; TF 8C\_887/2008 du 24 juin 2009 consid. 5.4). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; TF 9C\_437/2015 du 30 novembre 2015 consid. 2.2 et 8C\_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1). La déduction doit être déterminée et motivée en analysant la situation individuelle. Il n'est pas admis de cumuler des déductions quantifiées séparément pour chaque facteur pris en compte, car en opérant de la sorte on en

ignorerait les interactions eu égard à une approche globale de la situation (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb). d) Dans le cas particulier, sans atteinte à la santé, la recourante aurait pu prétendre en 2013 à un revenu annuel brut de 55'337 fr. 60 dans l'activité habituelle de lingère. Pour déterminer le revenu d'invalidé, l'intimé a retenu un salaire de 4'112 fr., part au 13<sup>ème</sup> salaire incluse, correspondant au salaire de référence auquel les femmes peuvent prétendre pour des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé pour un horaire de travail de 40 heures hebdomadaires, selon les chiffres de l'ESS pour l'année 2012, ce qui n'est pas critiquable compte tenu de la situation de la recourante. Indexé afin de tenir compte d'un horaire de travail de 41,7 heures par semaine, soit la durée moyenne hebdomadaire usuelle dans les entreprises en 2012, ce salaire s'élève à 4'286 fr. 76, ce qui représente un montant annuel de 51'441 fr. 12. Celui-ci doit encore être adapté à l'évolution des salaires nominaux de 2012 à 2013 (+0.7 % ; OFS, Salaires et revenus du travail, indicateur, évolution des salaires nominaux), ce qui conduit à un revenu annuel sans invalidité de 51'801 fr. 21. Il y a en outre lieu d'opérer sur le montant de 51'801 fr. 21 susmentionné un abattement de 10%, tel que retenu par l'intimé. Cette déduction – qui n'est au demeurant pas contestée par la recourante – ne semble en effet pas critiquable au vu des circonstances du cas d'espèce, singulièrement des limitations fonctionnelles de cette dernière. Par conséquent, le revenu d'invalidé à retenir s'élève à 46'621 fr. 10. Une comparaison des revenus sans et avec invalidité ci-dessus conduit à une perte de gain de 8'716 fr. 50 correspondant à un taux d'invalidité de 15,75%, arrondi à 16%, de sorte que le taux d'invalidité retenu par l'intimé peut être confirmé. Celui-ci étant inférieur à 40 %, il n'ouvre pas le droit à une rente. Dans la mesure où il est également inférieur à 20%, il ne donne pas non plus de droit à une mesure de reclassement professionnel. Par communication du 9 novembre 2015, l'intimé a informé la recourante qu'elle remplissait les conditions pour une aide au placement. Une convocation à une séance d'information devant se dérouler le 8 décembre 2015 lui a été transmise. Malgré le fait que la recourante n'ait pas donné suite à cette aide (cf. courrier du 23 novembre 2015), l'intimé a signalé qu'il restait toutefois à disposition pour réactiver l'aide au placement sur demande expresse en ce sens. Dans ce contexte, la recourante ne saurait reprocher à l'intimé son absence de soutien à la recherche d'une activité adaptée. 6. La recourante conteste en outre le fait qu'il existerait sur le marché du travail des activités adaptées à son état de santé. a) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner le point de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre. S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C\_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 et les références citées). b) On précisera que l'évaluation de l'invalidité s'effectue à l'aune d'un marché

équilibré du travail. Cette notion, théorique et abstraite, sert de critère de distinction entre les cas relevant de l'assurance-chômage ou de l'assurance-invalidité. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré (permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des sollicitations intellectuelles que physiques) d'autre part (ATF 110 V 273 consid. 4b ; TFA I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3, in : RCC 1991 p. 329). Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque l'activité exigible, au sens de l'art. 16 LPGA, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C\_984/2008 du 4 mai 2008 consid. 6.2 ; TFA I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in : RCC 1991 p. 329 ; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in : RCC 1989 p. 328 ; 9C\_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels totalement étrangers à l'invalidité (TF 9C\_144/2010 du 10 décembre 2010 consid. 4.1 ; 9C\_881/2009 du 1er juin 2010 consid. 4.2.3 déjà cités). c) En l'espèce, aucune réserve n'a jamais été exprimée par les experts consultés au sujet de la capacité de la recourante à exercer une activité sur le marché équilibré de l'emploi. En particulier, ils ont considéré qu'une activité adaptée à 100% s'effectuant essentiellement en position assise leur paraissait exigible et ce, sans diminution de rendement. Sur le plan de l'exigibilité, les limitations fonctionnelles présentées par la recourante ne présentent pas de spécificités telles qu'elles rendraient illusoire l'exercice d'une activité professionnelle. Le marché du travail offre en effet un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière. On précisera à cet égard que si la recourante avait pu reprendre son emploi à 50% auprès de l'Hôpital C.\_\_\_\_\_ dès le 18 septembre 2012, une augmentation du taux d'activité s'était soldée par un échec après un jour faute pour cette activité d'être adaptée à son état de santé. Il paraissait difficile d'augmenter le taux d'activité compte tenu du fait que l'activité en question n'était pas adaptée, comme le médecin traitant l'avait indiqué à sa patiente. On relèvera au demeurant que le responsable des ressources humaines de l'Hôpital C.\_\_\_\_\_ n'avait pas manqué de souligner qu'il ne voyait pas comment maintenir cet emploi à 50% sur le long terme en raison de l'organisation du service, ni comment l'adapter, la position assise n'étant pas compatible avec la fonction (tri, lavage et repassage du linge) (cf. IP-note de suivi du 12 octobre 2012). 7. Quant au moyen tiré d'un manque de coordination entre l'assurance-chômage et l'assurance-invalidité, il n'est d'aucun secours à la recourante. Ces deux assurances sociales n'ont pas un caractère complémentaire réciproque et tiennent compte de critères différents (notamment l'incapacité de travail pour l'AI, l'aptitude au placement pour l'assurance-chômage). Un assuré peut dès lors être inapte au placement du point de vue de la législation sur l'assurance-chômage et se voir nier le droit à l'indemnité, même si son incapacité de travail est trop faible pour ouvrir un droit à une rente d'invalidité (voir par ex. : DTA 1999 n° 19 p. 104 consid. 2 et 3 ; TF 9C\_872/2009 du 30 juin 2010 consid. 4 ; C 282/05 du 3 mars 2006 consid. 2.3). 8. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à

des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le défenseur d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré ; le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). c) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Toutefois, dès lors qu'elle est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne peut pas prétendre l'allocation de dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). La recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne Me Jean-Louis Duc. S'agissant du montant de l'indemnité du conseil d'office, Me Duc a renoncé à déposer sa note d'honoraires. La Cour de céans statue donc en équité et fixe l'indemnité d'office de Me Duc à 1'296 fr., débours et TVA compris (1'200 fr. d'honoraires et débours, plus 96 fr. de TVA). Les frais judiciaires et la rémunération du conseil d'office sont provisoirement supportés par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser ces montants dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 13 mai 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. L'émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est laissé à la charge de l'Etat. IV. Il n'est pas alloué de dépens. V. L'indemnité d'office de Me Jean-Louis Duc, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'296 fr. (mille deux cent nonante-six francs), débours et TVA compris. VI. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à : ■ Me Jean-Louis Duc, à Château-d'Oex (pour B. \_\_\_\_\_), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, - Office fédéral des assurances sociales, à Berne. 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.