

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 décembre 2020

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
MM. Neu et Piguet, juges  
Greffière : Mme Juillerat Riedi

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.** \_\_\_\_\_, à Villeneuve, recourante, représentée par Me Cédric Pope,  
avocat à Monthey,

et

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

---

**Art. 28 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** M. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante de Bosnie-Herzégovine née en 1970, est arrivée en Suisse en septembre 1990 et est actuellement titulaire d'un permis d'établissement (permis C). Sa langue maternelle est le serbo-croate et ses connaissances en français sont très limitées. Sans formation professionnelle, elle travaillait depuis le 9 octobre 2000 en tant qu'ouvrière à 100% pour [...], pour un salaire mensuel qui s'élevait, en 2017, à 3'510 fr. brut, treizième salaire en sus. Elle était assurée auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) et, pour la maladie, auprès de K. \_\_\_\_\_.

Le 3 janvier 2017, l'assurée a chuté dans un escalier et a présenté une fracture-luxation trimalléolaire (pilonœide) de la cheville gauche. Dès cette date, elle a été en arrêt de travail à 100% et la CNA lui a alloué les prestations légales d'assurance pour les suites de son accident.

L'assurée a été opérée le 7 janvier 2017 par le Dr V. \_\_\_\_\_, médecin-chef du Service d'orthopédie et de traumatologie à [...], qui a entrepris une réduction sanglante et une ostéosynthèse. Elle a été hospitalisée jusqu'au 18 janvier 2017.

Le Dr V. \_\_\_\_\_ a revu sa patiente le 21 février 2017, six semaines après l'opération. Dans son rapport du même jour, il a relevé en substance que celle-ci n'avait pas fait de physiothérapie, probablement en raison d'une erreur de l'assistant à l'issue de l'hospitalisation, que la réhabilitation était beaucoup trop timide, que l'intéressée marchait avec des cannes sans poser le pied, alors qu'il avait prescrit une charge partielle de 15 kg, et que radiologiquement tout était en place, mais qu'il y avait une déminéralisation énorme du tibia et du péroné distal et donc une ostéopénie locale induite par la décharge prolongée qui se surajoutait à une ostéoporose probablement généralisée. Craignant que la

réhabilitation allait être très difficile chez une patiente qui avait peur et qui avait subi une fracture importante et prônant une réhabilitation très cadrée, il a proposé un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR).

L'assurée a séjourné à la CRR du 28 mars au 10 mai 2017.

Le 11 août 2017, l'assurée a subi une nouvelle intervention chirurgicale réalisée par le Dr V.\_\_\_\_\_, qui a consisté en l'ablation précoce du matériel d'ostéosynthèse en raison de douleurs persistantes. Ce médecin a revu sa patiente le 10 octobre 2017. Dans un rapport du même jour, il a constaté qu'elle était toujours assez plaintive et marchait encore avec une canne, que la consolidation du péroné était un peu douteuse mais qu'il n'y avait pas d'argument en faveur d'une réintervention. Il pensait que la reprise de l'activité habituelle n'était pas envisageable, tout en faisant état de facteurs « extra-somatiques » relativement importants.

L'assurée a été licenciée par son employeur pour le 31 octobre 2017. Elle a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité le 9 octobre 2017.

Dans un rapport médical intermédiaire daté du 14 novembre 2017, la Dre [...], médecin assistante au Service d'orthopédie et traumatologie de [...], a fait état d'un bon pronostic avec une arthrose possible au très long terme. Elle a indiqué que l'assurée devrait poursuivre la physiothérapie et porter une attèle pendant six semaines à trois mois après l'opération, puis pourrait reprendre toutes les activités, tout en précisant que l'intéressée n'avait pas d'antécédents médicaux. Elle a ainsi prévu une reprise du travail à 100% dès le 28 février 2018.

Le 14 novembre 2017, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a établi un rapport après avoir examiné l'assurée et son dossier médical. Il a convenu avec l'assurée d'un second séjour à la CRR.

L'assurée a ainsi à nouveau séjourné à la CRR du 3 au 30 janvier 2018. Dans leur rapport de sortie du 21 février 2018, les Drs [...], chef de service et spécialiste en médecin en physique et réadaptation et en chirurgie orthopédique, et [...], médecin-assistant, ont diagnostiqué principalement des « thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitations fonctionnelles de la cheville gauche » et à titre secondaire un « traumatisme de la cheville gauche avec fracture-luxation tri-maléolaire », retenant un tabagisme actif (10 UPA) et une obésité de stade I (BMI 32.6 kg/m<sup>2</sup>) comme élément de co-morbidité. Après avoir fait état de l'examen clinique, ces médecins ont mentionné les résultats des tests fonctionnels, effectués avec la patiente au début et à la fin du séjour en clinique :

Côté lésé : gauche.

Test assis-debout 5 x (s) : à l'entrée 60; à la sortie 39.

Test des escaliers 1' (marches) : à l'entrée 26; à la sortie 27.

Force isométrique quadriceps (kg) : à l'entrée à droite 25.5 et à gauche 8.5; à la sortie à droite 23.2 et à gauche 3.6.

Equilibre unipodal (s) : à l'entrée à droite 11 et à gauche 2; à la sortie à droite 13 et à gauche 2.

PILE Test (kg) : à l'entrée 2.5; à la sortie 5.

Test des 6' (mètres) : à l'entrée 235; à la sortie 235 (avec MA lors des 2 tests).

MSEC (Watts) : à l'entrée 0; à la sortie 25.

Le niveau des tests correspond à un niveau d'effort consenti et non un niveau d'effort maximal sécuritaire.

Sous la rubrique « appréciation et discussion », les médecins ont ensuite indiqué ce qui suit :

A l'entrée, les douleurs et limitations fonctionnelles sont des douleurs de la cheville gauche "en bracelet", supra-malléolaires, irradiant le long de la malléole externe jusqu'au dos du pied et à tous les orteils, côté entre 8 et 9/10. La patiente les caractérise comme un étau, elles sont exacerbées à la charge et à la flexion

dorsale de la cheville, à recrudescence vespérale, entraînant des réveils nocturnes, sans être insomniente. Elle est soulagée par la surélévation du membre et le froid. Depuis l'opération, les douleurs sont les mêmes et de même intensité. Les médicaments n'ont aucun effet. Périmètre de marche 10-15 minutes, après quoi elle est trop limitée par les douleurs de la cheville. Elle marche avec une canne anglaise en permanence, même pour les moindres déplacements. Elle arrive à monter un étage avec une rampe pour se rendre chez sa fille.

[...]

**Examens radiologiques disponibles avant l'hospitalisation:  
(se référer également à la LDS de mai 2017)**

10.10.2017 - RX de cheville, face-profil : status post-ablation du matériel d'ostéosynthèse. Ostéopénie marquée. La consolidation du péroné semble acquise, mais précaire, et dans une position vicieuse.

**Examens radiologiques disponibles pendant l'hospitalisation:**

05.01.2018 - RX deux chevilles : à droite, structure osseuse normale. Rapports articulaires conservés. Parties molles dans la norme. A gauche, remaniements de l'extrémité distale du tibia et de l'extrémité distale de la fibula. Pas de lésion traumatique récente, osseuse. Espaces articulaires en regard de la malléole interne tibio-talienne difficilement analysables. Ostéopénie probablement de décharge du pied.

Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie retenue. Sur le plan neurologique, une réévaluation clinico-électro-physiologique ne relève aucun signe objectif en faveur d'une atteinte des structures nerveuses.

Comparativement à l'examen de 2017, on relève la normalisation des conceptions sensitivo-motrices, en lien avec la diminution des artéfacts liés à l'oedème.

Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent que partiellement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (Cf. liste diagnostics).

Des facteurs contextuels jouent un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par la patiente et influencent défavorablement le retour au travail : importante sous-estimation de ses propres capacités fonctionnelles (score PACT à 65 pts à la sortie). Patiente très focalisée sur ses douleurs, avec des peurs élevées.

Pendant le séjour, la patiente a suivi les prises en charge ci-dessous :

- Physiothérapie
- Psychosocial
- ateliers professionnels
- autre : consultation de neurologie.

Le traitement antalgique a été adapté en introduisant du Tramal retard, qui a permis le sevrage de l'anti-inflammatoire non stéroïdien, qui était déclaré inefficace. Après trois semaines sous Tramadol la patiente ne ressent cependant aucune amélioration, ainsi ce traitement est stoppé à la sortie. Elle ne dépend en fin de séjour que d'une prise de Dafalgan d'office 3 x/jour. Les traitements médicamenteux n'apportant aucun soulagement significatif, nous proposons d'éviter une escalade dans ce domaine.

La patiente a été suivie en psychosomatique, avec un interprète. Si sa première plainte est souvent la douleur, elle constate qu'elle fait des progrès et ceci l'encourage. Nous avons travaillé sur la peur de la douleur en instaurant une "règle de faire moins, mais plus souvent", ainsi que sur la reprise d'activité qui lui apporte du plaisir et un sentiment d'utilité (occupation aux ateliers professionnels et de loisirs, cuisine). Ces deux stratégies vont dans le sens de lui redonner le contrôle sur sa vie. Il nous semble que la patiente a amorcé un changement mais elle aura besoin d'un coaching pour continuer dans ce projet.

L'évolution subjective et objective reste peu significative, c'est davantage l'attitude qui semble s'améliorer peu à peu avec une patiente qui commence à envisager d'autres scénarios que ceux dictés uniquement par la douleur (cf. rapports et tests fonctionnels).

La participation de la patiente aux thérapies a été considérée comme élevée.

En terme d'incohérence, on mentionne le comportement douloureux marqué et des autolimitations en lien avec les douleurs déclarées, mais que l'on peine à associer toujours avec les atteintes objectives (cf. ateliers professionnels).

Elle a en effet été suivie aux ateliers professionnels sur des périodes allant jusqu'à deux heures consécutives. Il a été constaté que, même dans les activités les plus légères, en position assise, ne sollicitant que les membres supérieurs, elle a beaucoup de plaintes douloureuses du membre inférieur et elle travaille de façon ralentie.

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues : marche prolongée, en particulier en terrain irrégulier. Montée et descente répétitives d'escaliers. Position accroupie prolongée, port de charge supérieur à un port de charge léger entre 5-10 kg.

La situation semble en voie de stabilisation au vu du peu d'impact constaté lors des 2 séjours. On propose tout de même la poursuite de la physiothérapie pour maintenir la patiente dans l'actif. Et nous avons proposé également un changement dans les habitudes de la famille et de l'entourage qui est excessivement soutenant. Nous rencontrons son conjoint dans ce sens et lui expliquons l'enjeu de laisser la patiente participer aux activités domestiques journalières qui pourront stimuler la re-mobilisation progressive de la patiente amorcée pendant le séjour.

Une réévaluation chez le médecin d'arrondissement est souhaitable dans un délai de 2-3 mois, qui correspond probablement à la période de stabilisation.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée. L'atteinte est indéniable avec une fracture intra-articulaire complexe, ostéosynthésée correctement. Cette patiente gardera probablement une cheville raide. L'évolution vers une arthrose est probable, d'ici 7-10 ans, mais comme déjà dit plaintes et limitations fonctionnelles dépassent l'importance de la lésion.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable principalement en raison des facteurs non médicaux, car la DPT montre qu'il s'agit d'un poste léger, adapté, sans importante contrainte physique. La patiente a cependant été licenciée. La patiente est aussi confortée dans son attitude passive par l'encadrement familial et le soutien dont elle bénéficie qui agit ici probablement de façon contre-productive (thèmes aussi abordés avec le mari). Le risque est en effet la chronification d'un processus d'invalidation.

Enfin, les médecins ont constaté une incapacité totale de travail dans la profession actuelle d'ouvrière dans une usine de [...] jusqu'au 28 février 2018.

Le 2 mai 2018, l'assurée a fait l'objet d'un examen final par le Dr B.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du même jour, il a indiqué en substance que la patiente avait déclaré qu'il n'y avait aucune évolution et que l'intensité des thérapies ne faisaient qu'aggraver les douleurs, qui s'accroissaient au fil de la journée et s'accompagnaient d'un gonflement important, qu'elle était limitée dans ses déplacements, utilisait systématiquement une canne anglaise à l'extérieur et n'arrivait pas à faire le ménage, qu'en dehors des anti-douleurs, anti-inflammatoires et anti-dépresseurs qu'elle prenait, il n'y avait plus de traitement à proprement parler et qu'elle considérait comme inutile les nouvelles séances de physiothérapie qui lui avaient été prescrites par son médecin traitant. Après un examen clinique de la patiente, le médecin a notamment apprécié la situation comme il suit :

Objectivement, la cheville G reste fortement élargie par un oedème chronique qui remonte pratiquement jusqu'au genou. Il n'y a pas

d'hyperthermie, pas d'autre signe réactif local manifeste. La mobilité de la tibio-talienne est limitée, inchangée. La sous-talienne est enraidie mais moins douloureuse que précédemment. La patiente bouge très peu son pied G, sans emporter la conviction d'un quelconque déficit. A l'examen de la sensibilité, la patiente décrit une hypoesthésie de tout le pied, prédominant au dos des 2 premiers métatarsiens, mais il n'y a pas d'allodynie, pas de Tinel. Le tannage plantaire reste bien marqué.

Sur les RX de la cheville G du 05.01.2018, on retrouve surtout une ostéopénie marquée, probablement en lien avec une décharge prolongée, mais les rapports ostéo-articulaires sont corrects, les fractures consolidées.

Malgré 2 séjours à la CRR, il n'a pas été possible d'infléchir un processus d'invalidisation qui s'est rapidement installé après l'accident chez une patiente qui présente une sorte d'exclusion fonctionnelle de son pied G qui concourt probablement au gonflement persistant de sa jambe G.

Dans ces conditions, la reprise d'un traitement de physiothérapie n'a pas de sens.

Les limitations fonctionnelles ont été précisées lors du 2<sup>ème</sup> séjour à la CRR.

Dans une activité respectant ces limitations, la capacité de travail est entière.

A Sion, l'impossibilité à reprendre l'activité habituelle a d'ailleurs été mise essentiellement sur le compte de facteurs non-médicaux.

Si on se réfère à la table 5 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N°2870/5.f-2000, un taux de 5% peut être retenu par analogie avec une arthrose débutante de la tibio-talienne.

Une certaine aggravation prévisible justifie une augmentation de 5%.

L'atteinte à l'intégrité totale se monte ainsi à 10%.

**B.** Par courrier du 6 juin 2018, la CNA a informé l'assurée qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 1<sup>er</sup> juillet 2018.

Par décision du 27 juillet 2018, elle a refusé de lui allouer une rente d'invalidité, considérant qu'une diminution notable de la capacité de gain due à l'accident n'existait pas, et lui a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 14'820 fr., correspondant à une diminution de l'intégrité de 10%.

Par acte du 23 août 2018, l'assurée, représentée par son conseil, a formé opposition contre la décision précitée, en concluant principalement à sa réforme dans le sens d'un versement des indemnités journalières au-delà du 1<sup>er</sup> juillet 2018, subsidiairement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité complète et encore plus subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause pour la mise en œuvre d'une expertise orthopédique.

Par décision sur opposition du 29 août 2018, la CNA a rejeté l'opposition sans frais ni dépens et supprimé l'effet suspensif d'un éventuel recours.

L'assurée a recouru contre cette décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Celle-ci a ouvert une procédure sous le numéro de cause AA 150/18.

**C.** Par courrier du 12 octobre 2018, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : OAI) a fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations.

Dans le délai imparti et dûment prolongé, l'assurée, représentée par son assurance protection juridique [...], a requis la suspension de la procédure jusqu'à droit connu sur le recours interjeté contre la décision sur opposition de la CNA du 29 août 2018.

Par courrier du 5 décembre 2018, l'OAI a refusé de suspendre la procédure.

Par courrier du 7 décembre 2018, l'assurée a maintenu sa requête, tout en concluant, à titre subsidiaire, à ce qu'une instruction complémentaire et une expertise soient mises en œuvre.

Par décision du 14 janvier 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Se référant notamment au rapport de sortie de la CRR du 21 février 2018, il a considéré que l'activité habituelle d'ouvrière polyvalente exercée par l'assurée jusqu'à l'accident en question était adaptée à ses limitations fonctionnelles et pourrait être exercée à 100%, qu'elle disposait de même d'une pleine capacité de travail, dès le 1<sup>er</sup> mars 2018, dans toute activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles, en donnant des exemples. En outre, le revenu d'invalidé auquel l'assurée pouvait raisonnablement prétendre était, selon elle, au moins aussi élevé que celui qu'elle réalisait au moment de l'accident, de sorte que le préjudice découlant de son atteinte à la santé excluait le droit à des mesures de reclassement, ainsi qu'à des prestations financières de l'AI. Pour la période s'étendant de janvier 2018 - échéance du délai de carence - à fin février 2018 - fin de l'incapacité de travail -, son incapacité de travail totale n'engendrait pas le droit à une rente en raison du délai d'attente de six mois à compter du dépôt de la demande. L'OAI a ainsi considéré que l'assurée n'avait apporté aucun élément susceptible de modifier sa position.

Par acte du 12 février 2019, M.\_\_\_\_\_, alors représentée par Me Joëlle Vuadens, a interjeté recours contre la décision précitée, en concluant, avec suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente complète d'invalidité lui soit octroyée à compter du

1<sup>er</sup> mars 2018 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause pour mise en œuvre d'une expertise orthopédique. Elle a requis la jonction de la présente cause avec la cause AA 150/18 et, subsidiairement, la suspension de la présente cause jusqu'à droit connu sur la cause AA 150/18. A l'appui de son recours, elle a relevé en particulier que différentes mesures thérapeutiques permettraient d'améliorer son état de santé, contrairement à ce que soutenait l'OAI, a reproché à celui-ci de ne pas avoir ordonné une expertise orthopédique, alors qu'aucun des médecins consultés n'aurait été en mesure d'établir l'origine des douleurs et des gonflements invalidants dont elle souffrait, et a soutenu que les importantes limitations fonctionnelles telles que l'impossibilité de maintenir une position assise statique sans tendre sa jambe et la poser sur un repose-pied, qui étaient d'ailleurs reconnues, impliquaient une limitation de toute activité lucrative.

Dans sa réponse du 2 avril 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a transmis, en annexe à son écriture, un avis médical du Dr Q.\_\_\_\_\_, du Service médical régional (ci-après : SMR), selon lequel que les pièces médicales produites par la recourante ne justifiaient pas, d'un point de vue médico-théorique, de s'écarter de l'appréciation du Dr B.\_\_\_\_\_.

Dans sa réplique du 29 avril 2019, la recourante a entièrement maintenu son recours. Elle a produit, à l'appui de son écriture, un nouveau certificat médical du Dr G.\_\_\_\_\_ du 10 avril 2019, dans lequel ce médecin a indiqué qu'il voyait sa patiente au minimum une fois par mois, que l'examen clinique laissait apparaître la persistance de signes concordants avec les plaintes de la patiente, que malgré une bonne compliance médicamenteuse et un traitement de physiothérapie, il n'y avait pas d'évolution favorable pour l'instant et qu'à son avis la CNA devait encore prendre en charge le cas. Il a par ailleurs attesté la prolongation de l'incapacité de travail de 100% jusqu'au 11 mai 2019.

Dans sa duplique du 15 octobre 2019, l'OAI a confirmé ses conclusions en rejet du recours. Il a transmis deux pièces en annexe à son écriture :

- un rapport médical du 4 septembre 2019, qui lui avait été directement transmis par les Drs [...], médecin chef, et C.\_\_\_\_\_, du Service d'orthopédie et traumatologie du CHUV, dans lequel ces médecins ont notamment indiqué qu'il était indispensable que le traitement antalgique soit optimisé dans un centre spécialisé de la douleur, qu'en attendant la patiente poursuivait une physiothérapie d'entretien musculaire et de lymphodrainage, ainsi que le port de bas de contention. Ils ont également fait état du fait qu'ils étaient surpris que la CNA ou l'AI ne prennent pas ou plus en charge le traitement, au vu des séquelles importantes de l'accident chez une patiente qui travaillait dans un métier plutôt physique qu'elle ne pouvait plus exercer ;
  
- un nouvel avis médical du 30 septembre 2019 de la Dre W.\_\_\_\_\_, du SMR, qui a considéré que les nouveaux documents versés au dossier n'avaient pas amenés d'éléments médicaux nouveaux, que la situation n'avait pas évolué entre avril et septembre 2019, que c'était la position debout prolongée qui engendrait une péjoration de l'œdème et que seules les activités sans marches prolongées avaient été considérées comme exigibles.

Par courrier du 18 juin 2020, le juge instructeur a informé les parties que les pièces produites dans la cause AI 61/19 étaient versées au dossier de la cause AA 150/18 et inversement et que les deux causes seraient traitées par la Cour dans une même composition, sans qu'il y ait lieu de suspendre la procédure AI jusqu'à droit connu sur la procédure AA.

Dans le cadre de la procédure opposant la recourante à la CNA, les pièces suivantes ont été produites :

- un rapport médical du 26 octobre 2018, dans lequel la Dre C.\_\_\_\_\_, médecin associée au Service d'orthopédie et traumatologie du CHUV, a considéré qu'il n'y avait pas d'indication à une réintervention chirurgicale et qu'il fallait poursuivre une mobilisation douce par physiothérapie sous forme de drainages, rééducation à la marche, sevrage de la canne et améliorations des amplitudes articulaires, avec un bon chaussage ;
- un rapport médical du Dr G.\_\_\_\_\_ du 21 janvier 2019, attestant que l'assurée avait de la difficulté dans les activités de la vie quotidienne, qu'actuellement aucune activité lucrative n'était envisageable même en adaptant sa place de travail et qu'il faudrait encore du temps pour espérer une guérison ou au moins une amélioration fonctionnelle ;
- un avis médical du 27 janvier 2020 du Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a indiqué qu'il y avait lieu de considérer que le cas n'était pas stabilisé à fin juin 2018, mais au plus tard le 4 septembre 2019, puisqu'une légère amélioration avait été constatée entre ces deux dates grâce à la physiothérapie, qu'en se fondant sur les rapports des 21 février et 4 septembre 2019 de la Dre C.\_\_\_\_\_, il n'y avait toutefois pas eu de changement significatif s'agissant du status et des plaintes.

**E.** Par arrêt de ce jour, la Cour de céans a rejeté le recours de l'assurée contre la décision rendue le 29 août 2018 par la CNA (cause AA 150/18).

## **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 à une rente d'invalidité.

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

exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

**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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa

santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 140 V 246 consid. 6.1 et les arrêts cités).

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

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

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

le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

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

**cc)** 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 ces revenus 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. Lorsqu'on procède à une évaluation, celle-ci ne doit pas nécessairement consister à chiffrer des valeurs approximatives ; une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour-cent peut aussi suffire. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100 %, tandis que le revenu d'invalidité est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (comparaison en pour-cent ; ATF 114 V 310 consid. 3a et les références ; TF 8C\_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1).

**4. a)** Conformément à l'art. 61 let. c et d LPGA, le juge des assurances sociales établit les faits et le droit d'office, et statue sans être lié par les griefs et conclusions des parties. Son devoir d'examen d'office est toutefois limité par celui des parties de collaborer à l'instruction de la cause, d'alléguer les faits déterminants et de motiver leurs conclusions. Le juge n'est pas tenu, en particulier, de soulever d'office toutes les questions de fait ou de droit qui pourraient théoriquement se poser en rapport avec l'objet du litige. Il peut se limiter à traiter les griefs soulevés,

hormis lorsqu'une lacune de la décision litigieuse ressort clairement du dossier et que sa rectification aurait une influence notable sur l'issue du procès (ATF 119 V 347 consid. 1).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

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'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**c)** Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1). Ainsi, le juge peut mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

**5. a)** En l'espèce, il ressort du rapport de sortie de la CRR, après le second séjour, et du rapport d'examen final du Dr Houriet qu'il n'y avait

plus à attendre de la poursuite du traitement une amélioration notable de l'état de santé de l'assurée lorsque la CNA a mis fin à la prise en charge de ce traitement et au versement des indemnités journalières. Il se justifie de reconnaître une pleine valeur probante à ces deux rapports, qui se fondent sur des examens complets, font état d'une étude circonstanciée de l'objet litigieux et contiennent des conclusions claires. On relève à cet égard qu'il n'y a aucun motif de penser que les investigations de la CRR, en particulier, n'ont pas été suffisamment poussées. Dans ces circonstances, on ne saurait reprocher à l'intimé, au vu de ces rapports probants, de n'avoir pas entrepris des investigations supplémentaires en vue de déterminer si un traitement était encore adéquat et pouvait améliorer la capacité de travail de la recourante.

**b)** En ce qui concerne cette capacité résiduelle de travail, les rapports de la CRR et du Dr Houriet permettent également de constater qu'elle est de 100 % dans une activité adaptée, c'est-à-dire une activité permettant d'éviter la marche prolongée, en particulier en terrain irrégulier, les montées et descentes répétitives d'escaliers, la position accroupie prolongée et le port de charge supérieur au port de charge léger entre 5 et 10 kg. La recourante met en évidence que la CRR aurait observé, en atelier, que la recourante avait été dans l'impossibilité de maintenir une position assise statique sans tendre sa jambe et la poser sur un repose-pied. En réalité, la CRR a constaté, à cette occasion, que la recourante adoptait cette attitude, mais pas qu'elle lui était imposée par des atteintes à sa santé. Sur ce point, les médecins de la CRR, dans leur rapport du 21 février 2018, ont relevé que les plaintes et limitations fonctionnelles observées dépassaient ce qui était objectivement explicable par les atteintes à la santé constatées. Ils ont également indiqué, en se référant expressément aux observations en atelier, qu'« en terme d'incohérence, on mentionne le comportement douloureux marqué et des autolimitations en lien avec les douleurs déclarées, mais que l'on peine à associer toujours avec les atteintes objectives (cf. ateliers professionnels) ».

Pour le surplus, la recourante ne soulève aucun grief sur la comparaison de revenu et à l'évaluation du taux d'invalidité à laquelle l'intimée a procédé, hormis ce qui précède. Il n'y a donc pas lieu de revenir plus avant sur cette comparaison, qui ne prête pas flanc à la critique. A cet égard, on relève toutefois que l'OAI a fixé le revenu d'invalidité en se référant à l'ESS, sans procéder à aucune déduction pour tenir compte des circonstances liées à la personne de l'assurée (langue, limitations fonctionnelles ou autre). Cela peut paraître sévère, mais il faut admettre qu'une déduction de 10%, qui seule pourrait entrer en considération, ne conduirait manifestement pas à un taux d'invalidité ouvrant droit aux prestations litigieuses.

Ces éléments conduisent au rejet des conclusions de la recourante, relatives au droit à la rente.

**6. a)** Compte tenu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. L'expertise orthopédique requise par la recourante n'est pas nécessaire au vu des documents figurant déjà au dossier et compte tenu de ce qui a été exposé ci-avant.

**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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA a contrario).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 14 janvier 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Cédric Pope (pour M. \_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- K. \_\_\_\_\_
- 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 :