

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 novembre 2022

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
M. Neu et Mme Brélaz Brillard, juges  
Greffière : Mme Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Regina Andrade Ortuno,  
avocate à Montreux,

et

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

---

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

**E n f a i t :**

**A.** S.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante portugaise née en 1961, mariée, sans formation professionnelle, ayant régulièrement œuvré en Suisse dans le domaine viticole depuis 1999, installée dans ce pays dès l'année 2005 et titulaire d'une autorisation d'établissement, a été victime d'une chute le 6 août 2018. Il en est résulté une fracture bimalléolaire de la cheville gauche, traitée chirurgicalement le 22 août 2018, et une fracture médio-diaphysaire du péroné gauche, traitée conservativement. L'intéressée n'a plus repris le travail depuis lors.

Le 8 février 2019, la Société B.\_\_\_\_\_ SA a, en sa qualité d'assureur-accidents, adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de détection précoce. Parmi les documents joints en annexe figurait notamment un certificat médical du Dr M.\_\_\_\_\_, médecin adjoint au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital K.\_\_\_\_\_, autorisant l'intéressée à voyager au Portugal du 15 décembre 2018 au 20 janvier 2019. En outre, selon un rapport du 18 décembre 2018 de ce même médecin, une suspicion de syndrome de Sudeck était évoquée à quatre mois de l'opération susdite, compte tenu de la persistance de douleurs à la cheville gauche chez une patiente se mobilisant avec deux cannes et qui allait être adressée à une consultation d'anesthésie/antalgie pour le traitement de ses douleurs.

A la suite d'un entretien de détection précoce le 8 mars 2019, l'assurée a déposé le 25 mars suivant une demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant les suites de la chute du 6 août 2018. Dans ce contexte, elle a précisé avoir travaillé depuis le 1<sup>er</sup> mai 1999 comme employée viticole, à 100 % et par saison. Le 1<sup>er</sup> avril 2019, un extrait de son compte individuel AVS a par ailleurs mis en évidence des périodes de cotisation saisonnières entre les années 1999 et 2010, suivies de périodes de cotisation annuelles dès 2011 pour le Domaine X.\_\_\_\_\_. Aux termes d'un questionnaire complété le 22 avril 2019, cet employeur a en outre exposé que l'intéressée avait été engagée pour une durée déterminée -

soit de mai à septembre 2018 - en tant qu'employée viticole, sur la base d'un horaire de 42,5 heures de travail par semaine. Le 6 mai 2019, dans un formulaire relatif à la détermination du statut, l'assurée a encore précisé que, bien portante, elle aurait travaillé à un taux de 60 % « depuis l'entrée en Suisse en 1999, même si le permis C n'indique que 2005 » dans le « travail de saison dans la vigne » - soit principalement de mars à octobre, à 100 % - et se serait pour le surplus occupée de la tenue de son ménage.

Dans un rapport du 6 juin 2019 à l'OAI, le Dr M. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de suspicion de syndrome de Sudeck à la cheville gauche suite à l'intervention pratiquée le 22 août 2018. Il a exposé que la situation s'était quelque peu améliorée à huit mois de l'opération, amélioration qu'il a estimée à 50 % chez une patiente qui marchait toujours avec une canne à gauche. Il a toutefois relevé que la compliance n'était pas optimale.

Des pièces transmises par la Société B. \_\_\_\_\_ SA à l'OAI les 24 juin 2019 et 27 avril 2020, il est ressorti que l'assurée présentait des douleurs à caractère neuropathique (rapport du 20 février 2019 de la Dre C. \_\_\_\_\_, cheffe de clinique au Service d'antalgie de l'Hôpital K. \_\_\_\_\_), que les fractures étaient quant à elles guéries (rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 5 mars 2019) et qu'un séjour à la Clinique [...] (ci-après : la Clinique W. \_\_\_\_\_) était prévu à des fins de rééducation post-traumatique et d'évaluation (compte-rendu du 3 juin 2019 du Dr Z. \_\_\_\_\_, médecin-conseil de la Société B. \_\_\_\_\_ SA). A la suite de ce séjour, intervenu du 2 octobre au 12 novembre 2019, les Drs Q. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin assistant au Service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la Clinique W. \_\_\_\_\_, ont fait part de leurs conclusions dans un rapport de synthèse du 25 novembre 2019 retenant les diagnostics de fracture bimalléolaire de la cheville gauche et fracture médio-diaphysaire du péroné gauche le 6 août 2018, ainsi que de probable syndrome douloureux régional complexe (SRDC ou CRPS) du membre inférieur gauche au décours. Concernant plus particulièrement ce dernier diagnostic, les médecins de la Clinique

W.\_\_\_\_\_ ont précisé que l'intéressée ne présentait plus de symptômes florides traduisant une activité de la maladie. Si par ailleurs les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées durant le séjour, l'examen montrait néanmoins une nette sous-estimation des capacités fonctionnelles et une cotation de la douleur élevée ; à cela s'ajoutaient d'autres facteurs contextuels (longue période sans travailler, barrière de la langue, absence de qualification, faible niveau d'éducation, travail dans les vignes sur terrain instable) jouant un rôle important dans les plaintes et limitations fonctionnelles rapportées et influençant défavorablement le retour au travail. Les Drs Q.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ ont de surcroît indiqué que la situation « *[était] n' [était] pas stabilisée* » et ont retenu des limitations fonctionnelles provisoires au niveau du port de charges répétées de 10 à 15 kg, de la marche (sans moyen auxiliaire, prolongée ou en terrain irrégulier), de la position accroupie ou à genoux et de l'utilisation répétée d'escaliers ou d'échelles. Enfin, ils ont estimé que le pronostic était défavorable dans l'ancienne activité, en raison des facteurs médicaux et contextuels, mais favorable dans une activité adaptée.

Interpellé par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a pour l'essentiel renvoyé, le 8 juin 2020, à l'appréciation du Dr M.\_\_\_\_\_. Il a également transmis divers comptes-rendus, dont un rapport du 17 mars 2020 de la Dre C.\_\_\_\_\_ exposant que la patiente souffrait d'une douleur post-opératoire complexe d'origine mixte, neuropathique/nociceptive, faisant suspecter la présence d'un CRPS de type 1 au niveau du pied gauche. En outre, dans un rapport du 4 juin 2020, le Dr M.\_\_\_\_\_ relevait que, nonobstant les mesures thérapeutiques mises en œuvre, la patiente continuait à avoir des douleurs et à marcher avec deux cannes, chaussée d'un soulier avec barre de déroulement ; il ajoutait que le cas avait été vu le même jour avec le Dr H.\_\_\_\_\_, « *spécialiste du pied* » (spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur), et préconisait un nouveau séjour à la Clinique W.\_\_\_\_\_.

Dans un courrier du 14 juillet 2020 à l'OAI, la Société B.\_\_\_\_\_ SA a notamment indiqué être dans l'attente d'un rapport du Dr H.\_\_\_\_\_.

A la suite d'un avis de son service médical du 24 novembre 2020, l'OAI a mis sur pied un examen clinique rhumatologique. Celui-ci a été réalisé le 3 février 2021 - avec le concours d'un traducteur de langue portugaise - par le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, du SMR. Dans son rapport y relatif du 8 février 2021, le Dr P.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic avec impact sur la capacité de travail de probable syndrome douloureux régional complexe de la partie distale du membre inférieur gauche au décours, dans les suites des fractures survenues le 6 août 2018. Il a pour le surplus retenu ce qui suit :

#### **"APPRECIATION DU CAS**

Suite à une chute de sa hauteur survenue le 06.08.2018, l'assurée subit plusieurs fractures de la cheville G. Celles du tibia sont ostéosynthésées le 22.08.2018, celles du péroné sont traitées conservativement. L'évolution est marquée par la survenue d'un syndrome douloureux régional complexe (Sudeck).

L'assurée [...] signale la survenue de fortes douleurs sur tout le pourtour de la cheville G lorsqu'elle met en charge le MIG. Les douleurs diminuent au repos. Lors des activités, le pied gonfle et devient rouge. A la marche, les douleurs montent le long du tibia et descendent jusqu'au talon. Lorsqu'elle bouge les orteils, les douleurs vont du dos du pied jusqu'aux cinq orteils. L'assurée n'a pas d'autre région douloureuse.

L'assurée marche avec une paire de cannes anglaises et porte des chaussures orthopédiques avec une barre de déroulement. Dans la salle d'examen, elle peut marcher avec une canne. Il n'y a pas de déroulement du pied. L'assurée restreint la mise en charge du MIG. Les marches sur les talons et la pointe des pieds ne sont pas évaluables. L'accroupissement est ébauché. La position assise est bien tolérée.

Il y a une légère tuméfaction de la cheville G. On ne relève pas de discoloration ni de troubles trophiques. L'assurée indique avoir eu des plaies au pied G. Il ne persiste plus que de petites taches pigmentées. Il y a une diminution de la température de 2° du pied G. La palpation est diffusément douloureuse de la cheville jusqu'aux orteils. Les parties les plus douloureuses se situent tout autour de la cheville. Il y a une diminution de la mobilité de la cheville G par rapport au côté controlatéral. Il n'y a pas d'amyotrophie. La force au niveau de la cheville G n'est pas évaluable en raison des douleurs.

L'assurée signale une hyperesthésie au dos du pied du côté G. Les pieds sont plats.

[...]

Par rapport à l'examen clinique effectué à la Clinique W. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_, Dr R. \_\_\_\_\_ du 25.11.2019), la situation a peu évolué. L'assurée garde les cannes anglaises, continue à décharger le MIG. Les amplitudes articulaires de la cheville G ont légèrement diminué pour la flexion dorsale et ont légèrement progressé pour la flexion plantaire. Actuellement, il n'y a pas non plus de signe floride de SDRC. La diminution de la température et le léger œdème peuvent s'expliquer à la fois par le stade tardif d'un SDRC, mais également par une sous-utilisation du MIG.

On relève quelques discordances dans la description des activités faites par l'assurée. En effet, elle indique rester une grande partie de la journée couchée sur son canapé, accompagner son mari pour les commissions mais en restant dans la voiture, alors qu'elle passait deux à trois après-midis par semaine chez une amie avant le COVID-19, se rend régulièrement le week-end chez une amie et voyage jusqu'à 3 x/année jusqu'au Portugal en voiture. Ces longues heures passées couchée sur le canapé ne s'expliquent que très partiellement par les suites du Sudeck. On note que, dans le rapport du 16.05.2019, le Dr M. \_\_\_\_\_ relève que la compliance n'est pas optimale. Lors du séjour à la Clinique W. \_\_\_\_\_, les médecins signalent que l'assurée sous-estime ses capacités fonctionnelles (cf. rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_ et du Dr R. \_\_\_\_\_ du 25.11.2019). Les médecins mettent en avant des facteurs contextuels qui ont un effet défavorable : cotation de la douleur élevée, longue période sans travail, barrière de la langue, absence de qualification, faible niveau d'éducation, travail dans les vignes sur terrain instable. Pour les médecins de la Clinique W. \_\_\_\_\_, le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable en raison de facteurs médicaux et de facteurs contextuels. La situation n'a pas changé actuellement.

En effet, sur le plan professionnel, l'IT de 100 % persiste dans l'activité d'employée viticole depuis les fractures de la cheville G survenues le 06.08.2018. Une attestation médicale autorise l'assurée à voyager au Portugal du 15.12.2018 au 20.01.2019. Dans le rapport du 05.03.2019, le Dr M. \_\_\_\_\_ indique que les fractures sont guéries. Il atteste une IT de 100 % pour les travaux manuels. On conclut qu'à partir du 15.12.2018, l'assurée retrouve une pleine CT dans une activité se déroulant en position assise.

### **Limitations fonctionnelles**

Marche au-delà de 30 minutes, marche sur terrain irrégulier. Port de charges au-delà de 10 kg, activités en zone basse accroupie ou à genoux, utilisation d'échelle, montées et descentes répétées d'escaliers, position debout statique au-delà de 15 minutes. L'utilisation de cannes n'est plus justifiée.

### **Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?**

Il y a une IT de 100 % dans toute activité à partir du 06.08.2018.

**Comment le degré d'incapacité de travail et le rendement ont-ils évolué depuis lors ?**

L'IT est restée de 100 % dans l'activité d'employée viticole. Dans une activité adaptée se déroulant en position assise, l'assurée retrouve une pleine CT à partir du 15.12.2018.

**Concernant la capacité de travail exigible**, elle est déterminée sur le plan rhumatologique par la tolérance aux contraintes mécaniques de la cheville G suite à la survenue d'un SDRC après des fractures multiples.

**Date du début de l'aptitude à suivre/ à s'investir une mesure de réadaptation**

Dès le 15.12.2018.

**Pronostic**

Les fractures de la cheville G ont consolidé. Il persiste des douleurs dans les suites d'un SDRC.

Les nombreux facteurs externes défavorables rendent difficile la reprise d'une activité professionnelle, même adaptée à l'atteinte ostéoarticulaire. Ces facteurs ne sont toutefois pas pris en compte pour l'appréciation de la CT sur le plan médical.

**CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE**

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE D'EMPLOYÉE VITICOLE : 0 %

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100 %

DEPUIS LE : 15.12.20218.

A TRADUIRE EN TERMES DE MÉTIER PAR UN SPÉCIALISTE EN RÉADAPTATION."

Le 9 mars 2021, l'OAI a écrit à l'assurée en vue de déterminer la nécessité d'une évaluation ménagère à domicile. L'intéressée était plus particulièrement invitée à indiquer, en cochant la case « *oui* » ou « *non* », si, entre la période du 1<sup>er</sup> septembre 2019 au 28 février 2021, elle avait présenté des empêchements dans la tenue du ménage, l'alimentation, l'entretien du logement, les achats, la lessive et le repassage, les soins aux enfants ou dans d'autres tâches liées au ménage – étant précisé que, dans l'affirmative, une évaluation serait réalisée. L'assurée a retourné ce questionnaire le 19 avril 2021, en ayant coché la case « *oui* ».

En date du 7 juillet 2021, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. Dans sa motivation, l'office a considéré que l'intéressée avait présenté une incapacité de travail ininterrompue depuis le 6 août 2018 mais que, à compter du 15 décembre 2018, une pleine capacité de travail pouvait raisonnablement être exigée dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Procédant à la comparaison des revenus sans invalidité (48'235 fr. 20) et avec invalidité (46'479 fr. 03), l'OAI a arrêté la perte de gain à 3,64 %. Il en résultait, compte tenu d'un statut d'active à 60 %, un degré d'invalidité de 2,18 % sur ce plan. Concernant la part ménagère, l'office a estimé qu'une évaluation n'était pas nécessaire dans la mesure où la prise en compte d'empêchements ménagers n'était pas susceptible d'influencer le droit à la rente. Se fondant dès lors sur un taux d'invalidité global inférieur à 40 %, l'OAI a retenu que le droit à la rente n'était pas ouvert. En outre, l'examen du dossier montrait que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

En date du 21 juillet 2021, la Société B. \_\_\_\_\_ SA a notamment transmis à l'OAI :

- un rapport d'expertise établi le 28 septembre 2020 par le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du Centre [...] (ci-après : le Centre F. \_\_\_\_\_), consécutivement à un entretien effectué le 31 août 2020 avec le concours d'un traducteur de langue portugaise. L'expert y retenait notamment les diagnostics de fracture trimalléolaire de la cheville gauche le 6 août 2018, de status après ostéosynthèse de cette fracture le 22 août 2018 et de SDRC de type I de la cheville et du pied gauches. Il considérait de surcroît que l'activité habituelle n'était plus exigible, qu'un nouveau séjour à la Clinique W. \_\_\_\_\_ n'était pas nécessaire, que l'accident du 6 août 2018 avait entraîné une altération des capacités fonctionnelles (au niveau de la marche, de la station debout prolongée, de l'accroupissement, de la montée/ descente des escaliers et du port de charges, ces altérations se manifestant par des difficultés à marcher et des douleurs), mais que toute activité de type sédentaire en position assise, sans déplacement et sans

port de charge, était exigible dès la date de l'expertise, une diminution de rendement de l'ordre de 10 à 15 % étant cependant à prévoir en raison des douleurs chroniques séquellaires.

- une décision du 21 juillet 2021 par laquelle l'assureur-accidents mettait fin au versement des indemnités journalières avec effet au 31 juillet 2021, déniait le droit de l'assurée à une rente sur la base du taux d'invalidité de 3,64 % arrêté par l'OAI et reconnaissait le droit de l'intéressée à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux de 15 %.

Par décision du 22 octobre 2021, l'OAI a confirmé son projet du 7 juillet 2021, dont il a repris la motivation.

**B.** Agissant par l'entremise de son conseil, S. \_\_\_\_\_ a recouru le 29 novembre 2021 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à sa réforme et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité avec effet au 6 août 2018, subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants. A titre de mesure d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire sur les plans rhumatologique, orthopédique et traumatologique. Sur le fond, la recourante a tout d'abord contesté avoir présenté un taux d'activité de 60 % avant l'accident, se prévalant d'une activité exercée à 100 % pendant la période de soins à la vigne. L'intéressée a par ailleurs reproché à l'intimé de ne pas avoir examiné concrètement la question de son âge et de ses possibilités d'insertion professionnelle, alors même qu'elle était âgée de près de 61 ans et qu'elle ne parlait pas le français, n'avait pas de formation et présentait des capacités intellectuelles faibles. Enfin, la recourante a réfuté disposer d'une pleine capacité de travail depuis le 15 décembre 2018, faisant valoir que le rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 4 juin 2020 attestait encore de l'utilisation de cannes pour la marche et préconisait en outre un nouveau séjour à la Clinique W. \_\_\_\_\_, séjour qui n'avait toutefois pas été ordonné alors même qu'elle semblait souffrir d'un syndrome de Sudeck.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 22 décembre 2021. Répondant aux griefs soulevés par la recourante, l'OAI a notamment relevé que la saisonnalité de l'activité exercée avant le 6 août 2018 avait été pris en considération dans la détermination du revenu sans invalidité et que le résultat de la comparaison des revenus avait ensuite été pondéré par le taux d'activité de 60 % indiqué par l'assurée le 6 mai 2019. En outre, l'office a souligné que la recourante n'avait pas atteint l'âge de 60 ans tant lors de l'expertise du Centre F. \_\_\_\_\_ que lors de l'examen clinique au SMR. Finalement, l'intimé a estimé que le rapport d'examen clinique rhumatologique du Dr P. \_\_\_\_\_ échappait à toute critique et que de nouvelles mesures d'instruction ne se justifiaient donc pas.

Par réplique du 17 février 2022, la recourante a reproché à l'intimé de ne pas avoir examiné ses circonstances personnelles et sa réelle capacité de réinsertion professionnelle. L'intéressée a par ailleurs rappelé qu'elle était incapable d'exécuter les tâches ménagères, problématique que l'OAI n'avait pas instruite. Sous un autre angle, la recourante a argué que l'office n'avait pas tenu le « *rapport de 2020 du Centre F. \_\_\_\_\_* » pour suffisant, dans la mesure où il avait mis sur pied un examen final réalisé par un orthopédiste [sic]. Quant à ce dernier examen, ses conclusions s'inscrivaient en contradiction avec ses constatations objectives. En outre, cet examen se fondait sur les propos rapportés par un traducteur dont on ignorait les qualifications. Enfin, l'examen en question n'était pas assorti d'un volet neurologique, nonobstant des lâchages antalgiques, ni d'un volet psychiatrique, alors même que des pleurs et une incapacité à faire part d'un ressenti avaient été rapportés. Cela étant, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire avec un volet orthopédique, un volet neurologique et un volet psychiatrique, celui-ci devant être assorti d'une évaluation du quotient intellectuel (QI) dans la perspective de l'apprentissage d'un métier pour le cas où la position de l'OAI serait maintenue.

Dupliquant le 10 mars 2022, l'intimé a confirmé sa position.



## **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.**           En l'occurrence, est litigieux le point de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement une rente d'invalidité.

**3.**           Diverses modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022, dans le cadre du projet de révision « *développement continu de l'AI* » (modification du 19 juin 2020 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [RO 2021 705] ; modification du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité [RO 2021 706]). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste applicable en l'espèce compte tenu de la date de la décision litigieuse, rendue le 22 octobre 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**4.**           **a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une

infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). 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.

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).

**b)** L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021] en corrélation avec l'art. 16 LPGA ; ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021] ; ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al. 3 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021] ; cf. ATF 137 V 334, 130 V 393 et 125 V 146).

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

Conformément à l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C\_453/2017 & 9C\_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2).

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).

**5.** En l'espèce, se fondant essentiellement sur le rapport d'examen clinique rhumatologique établi le 8 février 2021 par le Dr P.\_\_\_\_\_ du SMR, l'OAI a retenu que, après avoir présenté une incapacité de travail durable dès le 6 août 2018, l'assurée avait récupéré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à compter du 15 décembre 2018.

**a)** D'emblée, il convient de s'arrêter sur le choix de l'intimé d'avoir fait exclusivement procéder à un examen clinique rhumatologique dans la présente affaire.

En effet, il est constant que l'assurée a subi plusieurs fractures au niveau du membre inférieur gauche – fractures relevant du domaine de la chirurgie orthopédique et ayant motivé un suivi au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital K.\_\_\_\_\_ en tous les cas jusqu'au mois de juin 2020 (cf. rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ du 4 juin 2020). Peu importe, à cet égard, que le rapport de synthèse de la Clinique W.\_\_\_\_\_ du 25 novembre 2019 émane d'un service de réadaptation de l'appareil locomoteur. L'assurée a en effet été prise en charge à la Clinique W.\_\_\_\_\_, sur mandat de la Société B.\_\_\_\_\_ SA, à des fins de rééducation post-traumatique et d'évaluation multidisciplinaire (cf. compte-rendu du Dr Z.\_\_\_\_\_ du 3 juin 2019 ; cf. rapport de synthèse du 25 novembre 2019 des Drs Q.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ p. 2) et non à des fins d'expertise. Du reste, quand bien même l'assurance-invalidité n'est pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents (TF 8C\_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 8.2 et références citées), on notera malgré tout que c'est bien une expertise orthopédique qu'a ordonnée la

Société B.\_\_\_\_\_ SA en 2020, afin de pouvoir prendre position sur le droit aux prestations de l'assurance-accidents. Dans ces conditions, on peine à comprendre que l'OAI ait finalement fait abstraction de la composante orthopédique pour circonscrire son analyse au seul aspect rhumatologique.

A cela s'ajoute qu'une suspicion d'algoneurodystrophie s'est ultérieurement rajoutée à la problématique existante. Or le SDRC appartient aux maladies neurologiques, orthopédiques et traumatologiques (TF 8C\_955/2008 du 29 avril 2009 consid. 6) et non aux atteintes rhumatologiques.

Sur ce plan déjà, la position de l'intimé apparaît donc sujette à caution.

**b)** A l'issue de son examen, le Dr P.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic incapacitant de probable syndrome douloureux régional complexe de la partie distale du membre inférieur gauche au décours, dans les suites des fractures subies le 6 août 2018. Il a estimé que la capacité de travail était nulle en tant qu'employée viticole mais entière, depuis le 15 décembre 2018, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir la marche au-delà de 30 minutes ou sur terrain irrégulier, le port de charges au-delà de 10 kg, les activités en zone basse accroupie ou à genoux, l'utilisation d'échelles, les montées et descentes répétées d'escaliers, ainsi que la position debout statique au-delà de 15 minutes (cf. rapport d'examen rhumatologique du 8 février 2018 p. 7 et 9).

**aa)** Intrinsèquement, l'appréciation faite par le médecin du SMR suscite des interrogations.

Tout d'abord, si un syndrome douloureux régional complexe a certes été suspecté dès le mois de décembre 2018 (cf. rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ du 18 décembre 2018), on déplore cependant que le Dr P.\_\_\_\_\_, mandaté dans le cadre d'une évaluation visant à déterminer le

droit de l'assurée à des prestations d'assurance, n'ait fourni aucune explication quant à la mention d'un diagnostic considéré uniquement comme probable, respectivement quant à l'absence d'examen détaillé à l'aune des critères dits « *de Budapest* » usuellement appliqués pour le diagnostic d'un syndrome régional complexe (cf. Claude Spicher/Jean-Pierre Estebe/Eva Létourneau/Tara Packham/Philippe Rossier/Jean-Marie Annoni, Critères diagnostiques du syndrome douloureux régional complexe [SDRC], *in* : Douleur et Analgésie, 2014, vol. 27, p. 62 à 64).

En tout état de cause, il n'est pas contesté qu'aucun signe actif propre au SDRC n'a plus été observé depuis la fin de l'année 2019 (cf. rapport de synthèse des Drs Q. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ du 25 novembre 2019 p. 4 ; cf. rapport d'expertise du Dr T. \_\_\_\_\_ du 28 septembre 2020 p. 14 ; cf. rapport d'examen clinique rhumatologique du Dr P. \_\_\_\_\_ du 8 février 2021 p. 8), seuls persistant des problèmes de mobilité et des douleurs au niveau du membre inférieur gauche. Le Dr P. \_\_\_\_\_ a plus précisément retenu que la situation avait peu évolué depuis le passage de l'assurée à la Clinique W. \_\_\_\_\_ (cf. rapport d'examen rhumatologique du 8 février 2021 p. 8). Il n'a cependant pas expliqué pourquoi l'utilisation de cannes n'était désormais plus justifiée (cf. *ibid.* p 9), alors même que la marche sans moyen auxiliaire avait été proscrite par les médecins de la clinique susdite (cf. rapport de synthèse du 25 novembre 2019 p. 5). Il n'a pas davantage exposé en quoi le pronostic de réinsertion professionnelle dans une activité adaptée, considéré comme favorable par les médecins de la Clinique W. \_\_\_\_\_ (cf. rapport de synthèse des Drs Q. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ du 25 novembre 2019 p. 6), était dorénavant défavorable du seul fait de facteurs externes (cf. rapport d'examen clinique rhumatologique du 8 février 2021 p. 9) pourtant déjà connus des spécialistes de ladite clinique (cf. rapport de synthèse des Drs Q. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ du 25 novembre 2019 p. 4 à 5 ; cf. rapport d'examen clinique rhumatologique du 8 février 2021 p. 8).

Le Dr P. \_\_\_\_\_ a par ailleurs fixé le début de l'exigibilité au 15 décembre 2018, en lien avec le certificat médical émis le 27 novembre 2018 par le Dr M. \_\_\_\_\_ autorisant l'assurée à voyager au Portugal du 15

décembre au 20 janvier 2019 (cf. rapport d'examen rhumatologique du 8 février 2021 p. 9). Force est toutefois de relever que les certificats médicaux autorisant les patients à voyager garantissent avant tout que le voyage prévu ne mettra pas en danger la santé du patient ; ces certificats n'ont en revanche pas vocation à établir l'aptitude au travail de la personne concernée. C'est en outre oublier qu'en l'espèce, toujours en décembre 2018, le Dr M.\_\_\_\_\_ évoquait pour la première fois une suspicion de syndrome de Sudeck chez une assurée encore algique, se mobilisant à l'aide de deux cannes et qui allait être adressée à une consultation spécialisée pour le traitement de ses douleurs (cf. rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ du 18 décembre 2018). On peine dès lors à voir dans une telle situation, encore en évolution, le début de l'entière exigibilité d'une activité adaptée. Il apparaît tout aussi difficile de faire le lien entre l'entière exigibilité fixée au 15 décembre 2018 par le Dr P.\_\_\_\_\_ et l'amélioration de 50 % notée courant 2019 par le Dr M.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ du 6 juin 2019). Le même constat s'impose à l'égard des médecins de la Clinique W.\_\_\_\_\_ qui ont estimé - nonobstant une formulation pour le moins maladroite (« *est n'est pas* ») - que le cas n'était pas encore stabilisé en novembre 2019, raison pour laquelle ils ont évoqué un potentiel de récupération théoriquement atteignable dans les trois mois et se sont contentés de signaler des limitations fonctionnelles provisoires (cf. rapport de synthèse du 25 novembre 2019 des Drs Q.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ p. 5).

Les éléments qui précèdent constituent autant de zones d'ombre qui, prises dans leur globalité, ne peuvent qu'inciter à écarter l'appréciation du Dr P.\_\_\_\_\_.

**bb)** L'évaluation faite par le Dr P.\_\_\_\_\_ ne tient en outre pas compte de tous les avis médicaux spécialisés dont l'assurée a fait l'objet.

D'une part, force est de constater que dans son rapport du 4 juin 2020, le Dr M.\_\_\_\_\_ a signalé que le cas avait été vu le jour même avec le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste du pied. Or l'OAI n'a à aucun moment sollicité ce dernier médecin en vue de connaître son appréciation. Si la

Société B.\_\_\_\_\_ SA a, quant à elle, bien interpellé le Dr H.\_\_\_\_\_ (cf. courrier de l'assureur-accidents du 14 juillet 2020), rien au dossier ne permet en revanche de savoir si ledit médecin a donné suite à cette interpellation et, cas échéant, en quels termes ; aucune précision à ce sujet ne ressort, du reste, du rapport d'expertise du Dr T.\_\_\_\_\_ du 28 septembre 2020. En définitive, il apparaît que l'évaluation faite par le Dr H.\_\_\_\_\_ manque au dossier et n'a, conséquemment, pas pu être soumise au Dr P.\_\_\_\_\_, dont l'appréciation repose dès lors sur des bases lacunaires.

D'autre part, il apparaît que l'expertise réalisée par le Dr T.\_\_\_\_\_ du Centre F.\_\_\_\_\_, sur mandat de la Société B.\_\_\_\_\_ SA, n'a pas été soumise au Dr P.\_\_\_\_\_ ou, plus généralement, au SMR pour avis. Force est toutefois de constater que l'expertise du Dr T.\_\_\_\_\_ porte, à l'instar de l'examen du Dr P.\_\_\_\_\_, sur les troubles du membre inférieur gauche affectant la recourante. Or les conclusions qui y sont formulées ne sont pas superposables à celles émises par le médecin du SMR en tant qu'elles retiennent des limitations fonctionnelles plus strictes - restreignant toute reprise d'activité à un poste sédentaire, en position assise, sans déplacement et sans port de charges - et prennent en considération une diminution de rendement de l'ordre de 10 à 15 % dans l'exercice à plein temps d'une activité adaptée, en raison des douleurs chroniques séquellaires. A défaut d'un avis médical prenant position sur ces divergences, la Cour de céans n'est dès lors pas en mesure de départager ces deux appréciations.

Pour ces motifs également, on ne saurait s'en tenir à l'évaluation faite par le Dr P.\_\_\_\_\_.

**c)** De ce qui précède, il résulte que le rapport d'examen clinique rhumatologique du 8 février 2021 ne permet pas de se positionner à satisfaction de droit.

Les autres pièces au dossier ne permettent pas davantage de trancher le litige, dès lors que les médecins traitants du recourant ne se

sont pas prononcés du point de vue l'exigibilité. Pour le reste, on rappellera qu'aucun avis spécialisé ne vient au final départager les conclusions de l'expert T.\_\_\_\_\_ de celles émises par le Dr P.\_\_\_\_\_ s'agissant en particulier des limitations fonctionnelles et d'une éventuelle diminution de rendement (à cet égard, cf. consid. 5b/bb supra).

Par surabondance, il convient encore de relativiser les critiques formulées par la recourante à l'encontre de l'instruction médicale de son dossier. En effet, quoi qu'elle en dise (cf. réplique du 17 février 2022 p. 3 et 4), des lâchages antalgiques ou des pleurs et une incapacité à définir son ressenti lors d'un examen ne témoignent en rien d'une atteinte avérée et ne justifient donc pas, à eux seuls, des mesures d'instruction sur les plans neurologique et psychiatrique. Quant aux qualifications du traducteur ayant prêté son concours lors de l'examen du 3 février 2021, rien n'incite à douter de ses qualifications, les critiques émises à cet égard par l'intéressée étant purement appellatoires.

**6.** L'approche choisie par l'OAI pour arrêter la perte de gain de l'assurée n'échappe pas non plus à la critique.

L'office a en effet retenu que l'assurée présentait un statut de 60 % active et 40 % ménagère justifiant l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité.

En l'état du dossier, cette analyse ne saurait toutefois convaincre. En effet, aux termes de la formule officielle remplie le 25 mars 2019, la recourante a indiqué travailler dans le domaine viticole à 100 % par saison. Dans le même sens, le questionnaire complété le 22 avril 2019 par le Domaine X.\_\_\_\_\_ fait mention d'un emploi de durée déterminée (de mai à septembre 2018) et à temps plein. Toujours dans cette lignée, il résulte du formulaire sur la détermination du statut complété le 6 mai 2019 que, sans atteinte à la santé, l'assurée aurait travaillé dans le domaine viticole depuis 1999 à 100 % par saison. Toutefois, dans ledit formulaire, l'intéressée s'est paradoxalement référée à un taux d'occupation de 60 %. En outre, à l'examen de l'extrait de compte

individuel du 1<sup>er</sup> avril 2019, on constate que, depuis l'année 2011, des périodes de cotisations annuelles et non saisonnières ont été annoncées pour des revenus allant de 9'486 fr. (2016) à 20'098 fr. (2017) par an. Au final, sur le vu de tels éléments, on peine à déterminer si l'assurée œuvrait à plein temps dans une activité saisonnière ou si elle exerçait bien plutôt une activité à temps partiel à l'année, respectivement pour quelle variante elle aurait opté sans atteinte à la santé. La distinction n'est toutefois pas dénuée d'importance dès lors qu'une activité saisonnière exercée à plein temps s'inscrit en principe dans le champ d'application de la méthode générale de comparaison des revenus (au sens de l'art. 28a al. 1 LAI ; pour un cas d'application, voir TFA I 559/01 du 18 mars 2002 concernant un assuré œuvrant à titre saisonnier comme auxiliaire dans une scierie) alors qu'une activité à temps partiel débouche généralement sur l'application de la méthode mixte (au sens de l'art. 28a al. 3 LAI).

Sous cet angle également, force est donc de constater que l'instruction diligentée par l'office intimé - lequel n'a, notamment, pas estimé judicieux d'inviter l'intéressée et son employeur à s'expliquer sur ces apparentes divergences - est insuffisante.

**7.** En définitive, il appert que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière satisfaisante et qu'il convient plus particulièrement de compléter l'instruction non seulement en vue de déterminer l'existence d'atteintes à la santé susceptibles d'influer sur la capacité de travail de l'assurée, mais également afin d'éclaircir la question du statut de l'intéressée et, partant, de la méthode d'évaluation de l'invalidité applicable. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera plus particulièrement à l'intimé de recueillir l'avis émis par le Dr H. \_\_\_\_\_ à la suite de l'évaluation du 4 juin 2020, puis de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire conformément à l'art. 44 LPGA comportant à tout le moins un volet orthopédique, un volet rhumatologie et - compte tenu de la notion de suspicion de syndrome de

Südeck - un volet neurologique, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune. Il appartiendra également à l'intimé de procéder aux mesures d'instruction utiles afin de déterminer le statut de la recourante et de procéder sur cette base à l'évaluation de sa perte de gain. Cela fait, il reviendra à l'OAI de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de se positionner sur les autres arguments des parties, ni de donner suite aux mesures d'instruction sollicitées par la partie recourante.

**8. a)** En conclusion, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, qui succombe.

La recourante, assistée d'un mandataire professionnel et obtenant gain de cause, a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimé.

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

**I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 22 octobre 2021 par Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'intimé.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à S.\_\_\_\_\_ un montant de 2000 fr. (deux mille francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Regina Andrade Ortuno (pour S.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :