

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 février 2017

Composition : Mme THALMANN, présidente
M. Gerber, juge suppléant, et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. Z._____, née en 1973, musicienne professionnelle (violoncelle) dispensant également des cours de musique, a fait une chute alors qu'elle faisait une randonnée en montagne le 20 juin 2010. Cette chute a occasionné une fracture diaphysaire spiroïde de la jonction du tiers moyen distal du tibia droit, avec fracture de la malléole postérieure et fracture de la malléole externe du péroné distal droit. Hélicoptérée au Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier H._____), l'assurée a été opérée le 28 juin 2010 par le Dr J._____, chef de clinique adjoint du Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier H._____, lequel a réalisé une réduction ouverte et ostéosynthèse du péroné distal, une ostéosynthèse sans réduction du Volkmann et une réduction fermée avec ostéosynthèse par clou du tibia droit. Selon la lettre de sortie du Centre hospitalier H._____ du 8 juillet 2010, les suites étaient simples et le contrôle radiologique satisfaisant.

Le 30 septembre 2010, le Dr J._____ a constaté une évolution défavorable avec des douleurs du péroné à la cheville. Les diagnostics d'un Sudeck et d'une dérotation externe ont été retenus.

En date du 20 janvier 2011, le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a retiré le matériel d'ostéosynthèse. Le 15 mars suivant, ce même médecin a indiqué que dite intervention avait permis de résoudre le syndrome douloureux ; il a en revanche rapporté la persistance d'un cal vicieux en rotation externe fonctionnellement incompatible avec la vie de tous les jours.

Le 20 mai 2011, le Dr N._____ a procédé à la correction du cal vicieux par ostéotomie diaphysaire avec dérotation interne et ostéosynthèse.

B. Le 17 mai 2011, Z._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) devant l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), invoquant les suites de l'événement du 20 juin 2010.

Dans ce contexte, un extrait de compte individuel AVS a été établi le 15 juillet 2011. Il en est ressorti que les montants annuels portés sur le compte de l'intéressée oscillaient entre 912 fr. (1992) et 29'597 fr. (2002). Ils provenaient d'activités salariées mais également d'activités exercées à titre de personne de condition indépendante. En particulier, de 2005 à 2010, les revenus s'élevaient respectivement à 25'447 fr., 22'132 fr., 16'772 fr., 21'340 fr., 25'943 fr. et 15'573 francs.

D'un questionnaire pour l'employeur complété le 10 août 2011 par l'Ecole de musique D._____, il est résulté que l'assurée avait travaillé au sein de cet établissement du 30 août 2007 au 31 juillet 2011 en tant que professeur de musique, à raison de 4h15 par semaine depuis le mois de mars 2010. Il était également indiqué que le dernier jour de travail effectif avait eu lieu de 26 novembre 2010.

Aux termes d'un formulaire 531bis complété le 19 août 2011, l'assurée a indiqué que, bien portante, elle aurait travaillé à 100% comme musicienne depuis l'âge de dix-sept ans, par intérêt personnel comme par nécessité financière.

A teneur d'un rapport établi le 5 septembre 2011, la Dresse U._____, du Service de rhumatologie du Centre hospitalier H._____, a retenu le diagnostic d'algoneurodystrophie de la cheville droite post-traumatique. Elle a en particulier exposé que, suite à l'intervention du 20 mai 2011, l'assurée n'avait dans un premier temps plus eu de douleurs, mais que celles-ci étaient réapparues depuis qu'elle rechargeait normalement sur le pied.

Dans un rapport initial du 17 novembre 2011 faisant suite à un entretien entre l'assurée et un spécialiste en réinsertion professionnelle, il

a été relevé que l'intéressée avait en dernier lieu travaillé pour l'Ecole de musique de D.____ et qu'elle avait en outre des contrats partiels avec d'autres employeurs dont la Ville de C.____ (Orchestre G.____), l'Institut X.____ et le Collège L.____. Concernant les expériences professionnelles précédentes, il était mentionné : « *Enseignement en cours auprès de diverses écoles et instituts, en fonction des besoins. Dispense des cours à domicile* ».

Par rapport du 19 décembre 2011, la Dresse U.____ a posé le diagnostic avec impact sur la capacité de travail d'algodystrophie du pied droit suite à une fracture sur os péniqne ; s'agissant des atteintes non incapacitantes, elle a signalé une ostéopénie densitométrique et une insuffisance en vitamine D. Elle a par ailleurs indiqué avoir attesté depuis le 24 août 2010 une incapacité de travail de 100% dans la profession de musicienne. Sur le plan des restrictions, la Dresse U.____ a relevé qu'à cause de l'algodystrophie, l'assurée, qui n'était pas en mesure de garder une station assise prolongée sans bouger, ne pouvait pas tenir son violoncelle entre les jambes, ni conduire pour se rendre sur ses lieux de concerts ; à cela s'ajoutait que les traitements de l'algodystrophie diminuaient ses capacités de concentration et d'éveil. Evoquant une future guérison de l'algodystrophie, la Dresse U.____ a estimé que celle-ci serait très lente. Elle a également observé que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail, sans pouvoir préciser à partir de quelle date et à quel degré.

Dans un compte-rendu du 30 janvier 2012, le Dr N.____ a relevé que l'évolution était plutôt favorable, malgré la persistance de douleurs de type mécanique au niveau de la cheville avec une légère boiterie et apparemment un œdème en fin de journée.

Le 14 mai 2012 a été effectuée l'ablation du matériel d'ostéosynthèse posé le 20 mai 2011.

A teneur d'un rapport du 18 juin 2012, la Dresse W._____, médecin associée au Service de rhumatologie du Centre hospitalier H._____, a notamment retenu le diagnostic incapacitant de syndrome régional complexe douloureux chronique (algoneurodystrophie) du pied et de la cheville droits. De l'avis de cette praticienne, l'assurée pourrait très probablement recommencer son travail habituel à 30% dès la fin juin 2012, avec augmentation progressive de 10% tous les mois suivant l'évolution ; dans une profession médicalement adaptée, la capacité de travail était aussi de 30% dans l'immédiat, à augmenter progressivement suivant l'évolution.

Dans un rapport du 23 août 2012, le Dr N._____ a posé le diagnostic de syndrome algoneurodystrophique de la jambe droite, auquel s'ajoutait une raideur articulaire de la cheville. Il a indiqué que le cas n'était pas stabilisé. Sur le plan des limitations, il a exposé que la patiente avait des difficultés à rester assise plus de deux heures ou à marcher en portant tous ses instruments de musique plus de 100 mètres. Il a ajouté qu'elle avait également des difficultés à conduire (notamment à faire passer le pied de l'accélérateur aux freins), de même qu'à maintenir son violoncelle entre les deux jambes. Enfin, selon le Dr N._____, la profession de violoncelliste était adaptée mais ne pouvait pas être exercée à plus de 50%.

Le 16 octobre 2012, l'OAI a invité le Dr N._____ à préciser pour quelles raisons l'assurée ne pourrait pas travailler à 100% dans une activité essentiellement en position assise, sans port de charge, avec possibilité d'alterner fréquemment les positions assises et debout, de type bureau par exemple. Répondant par retour de courrier le 15 novembre 2012, ce médecin a indiqué : « *transitoirement en raison d'un sudeck* ».

Aux termes d'un rapport du 29 novembre 2012, le Dr V._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), s'est fondé sur l'appréciation du Dr N._____ pour considérer que l'algoneurodystrophie entraînait une incapacité de travail de 50% dans la profession habituelle comme dans une profession adaptée.

Selon le détail du calcul du salaire exigible établi le 4 décembre 2012 par l'OAI, le revenu sans invalidité était arrêté à 20'664 fr., montant correspondant à la moyenne des revenus réalisés entre 2000 et 2010. Quant au revenu avec invalidité, il était fixé à 26'691 fr. 65 sur la base des données statistiques découlant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS).

En date du 9 janvier 2013, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour une période limitée, soit du 1^{er} janvier au 30 novembre 2012. Dans sa motivation, l'office a exposé que l'intéressée, dont la capacité de travail était restreinte depuis le 20 juin 2010, s'était trouvée en incapacité de travail à 100% du 20 juin 2010 au 31 décembre 2011, à 70% du 1^{er} janvier au 13 mai 2012 et à 50% dès le 23 août 2012 dans une activité adaptée telle son activité habituelle. Relevant par ailleurs que l'assurée réalisait des revenus particulièrement bas par choix de vie et non en raison de son atteinte à la santé, l'office a considéré que, compte tenu de son obligation de réduire le dommage, il était exigible de sa part qu'elle exerce une autre activité à 50%, telle qu'aide de bureau, conseillère à la clientèle dans le domaine musical (instruments, partitions, disques) ou toute autre activité industrielle légère. Cela étant, l'OAI a observé que la comparaison des revenus sans et avec invalidité montrait que l'assurée était en mesure actuellement de retrouver une capacité de gain au moins égale à celle qui serait la sienne sans invalidité. Aussi ne subissait-elle plus de préjudice économique lié à sa santé et ce depuis le 23 août 2012. Par conséquent, le droit à une rente entière d'invalidité était ouvert dès le 1^{er} janvier 2012, soit six mois après la demande déposée le 13 juillet 2011, et prenait fin au 30 novembre 2012, soit trois mois après le 23 août 2012.

L'assurée, sous la plume de son conseil, a fait valoir ses objections le 8 février 2013, qu'elle a ensuite complétées les 20 février et 5 mars 2013. Pour l'essentiel, elle a requis l'octroi d'une rente entière sans limitation dans le temps et sollicité l'octroi de l'assistance juridique « *pour la procédure d'opposition* ». Puis, le 8 avril 2013, elle a produit un rapport

établi le 1^{er} février 2013 par la neurologue M. _____ à la suite d'un examen du 31 janvier 2013 avec électromyographie, retenant les diagnostics de lésion axonale distale du nerf péronier de la jambe droite avec algodystrophie de type II. L'assurée a également transmis un compte-rendu du 13 mars 2013 de la Dresse U. _____, faisant état d'une allodynie et d'une hyperesthésie de tout le membre inférieur droit en rapport avec l'algoneurodystrophie, précisant que les traitements proposés pour cette dernière atteinte avaient échoués et signalant qu'une thérapie par bloc sympathique était envisagée.

Le 16 avril 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'il projetait de rendre une décision de refus d'assistance judiciaire gratuite dans la procédure administrative. Réfutant les objections formulées par l'assurée le 15 mai 2013, l'OAI a rendu le 1^{er} juillet 2013 une décision confirmant son projet susdit.

Ayant été convoquée en vue d'un examen clinique au SMR, l'assurée, par courrier de son conseil du 22 juillet 2013, a demandé à pouvoir enregistrer sur support vidéo l'examen en question, ce qui lui a été refusé par décision de l'OAI du 12 septembre 2013, confirmée sur recours le 14 janvier 2014 par la juridiction de céans (AI 248/13 - 13/2014).

Le 12 mai 2014, l'assurée a fait l'objet d'un examen clinique orthopédique effectué par le Dr S. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du SMR. Dans son rapport du 19 mai suivant, ce médecin a diagnostiqué des atteintes se répercutant sur la capacité de travail sous forme de séquelles douloureuses d'une algodystrophie du membre inférieur droit (M89.0) et de lésions axonales distales du nerf péronier à droite. Le Dr S. _____ a par ailleurs observé ce qui suit :

"A l'issue de cet examen, on peut conclure que l'assurée ne peut exercer qu'un travail adapté aux limitations fonctionnelles, c'est-à-dire un travail sédentaire ou semi-sédentaire, principalement assis, en évitant la marche en terrain irrégulier, monter ou descendre les escaliers ou les pentes à répétition et en évitant le port de charges

Dans un métier adapté aux limitations fonctionnelles, l'incapacité de travail est essentiellement due à l'appréciation subjective de la symptomatologie douloureuse de l'assurée. Il est actuellement reconnu que ce sont surtout les conditions psychosociales et le handicap ressenti par le sujet, ainsi que la durée de l'incapacité de travail, qui sont déterminants dans l'évaluation et la reprise d'une activité professionnelle, davantage que les données anatomo-structurelles objectives à proprement parler.

A l'issue de cet examen, on reste surpris de l'intensité de la symptomatologie douloureuse de l'assurée malgré un très long traitement conservateur bien conduit, suivi dans un service universitaire. Nous sommes actuellement à près de 4 ans de l'évènement en cause. On peut considérer que le cas est stabilisé.

Après avoir attentivement examiné le cas de Mme Z._____, on peut conclure que, même dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, comme celle de violoncelliste, sa capacité de travail n'est pas complète. On peut s'attendre néanmoins que Mme Z._____ puisse travailler à au moins 50 % dans ce type d'activité. Cette capacité de travail est exigible à partir du 14.06.2012, c'est-à-dire 1 mois après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse.

Limitations fonctionnelles

Travail sédentaire ou semi-sédentaire, principalement assis. Doit éviter de marcher en terrain irrégulier. Doit éviter de monter ou descendre à répétition les pentes ou les escaliers. Doit éviter le port de charges.

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

Arrêt de travail à 100 % à partir du 20.06.2010.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Reprise à 30 % de janvier 2012 au 13.05.2012[.] Arrêt de travail à 100 % à partir du 14.05.2012. Reprise du travail à 30 % le 14.06.2012.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE: 50 %

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE: 50 %

DEPUIS LE 14 06 2012"

Les conclusions du Dr S._____ ont été reprises le 24 juin 2014 dans un avis médical du Dr H._____, du SMR.

Par correspondance du 27 juin 2014, l'OAI a informé l'assurée que le projet de décision du 9 janvier 2013 était confirmé. L'office a en

particulier souligné que la date d'aptitude retenue dans ce projet - soit le 23 août 2012 - était maintenue puisque plus favorable à l'intéressée que celle fixée au mois de juin 2012 par le Dr S._____.

Le 10 novembre 2014, l'OAI a rendu une décision octroyant à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier au 30 novembre 2012.

C. Agissant par l'entremise de son conseil, Z._____ a recouru le 11 décembre 2014 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité sans limitation dans le temps, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise visant à déterminer le droit à la rente. En substance, la recourante reproche à l'intimé de s'être fondé sur la seule appréciation du SMR pour mettre fin au droit à la rente, sans tenir compte des avis émis par les Drs N._____, W._____ et U._____.

Dans sa réponse du 16 février 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours. En particulier, l'office retient que le rapport d'examen clinique orthopédique du SMR du 19 mai 2014 satisfait aux conditions posées par la jurisprudence en matière de valeur probante.

Par réplique du 12 mai 2015, la recourante maintient ses conclusions, requérant par ailleurs l'appointement d'une audience publique de même que son audition. Elle soutient essentiellement que le rapport du 19 mai 2014 du Dr S._____ ne répond pas aux exigences requises en matière de motivation et qu'il est en outre contradictoire et lacunaire. Elle en déduit que l'intimé ne pouvait se fonder sur ce seul avis, au détriment des autres rapports médicaux au dossier.

Dupliquant le 22 juin 2015, l'OAI confirme sa position, renvoyant à un avis médical établi le 8 juin 2015 par le Dr B._____, du SMR, dont la teneur est notamment la suivante :

"Concernant le mémoire de réplique daté du 12 mai 2015 de Me Duc contestant la valeur probante de l'instruction SMR, contestation centrée sur le rapport d'examen orthopédique S. _____ du 12 mai 2014, il convient de remarquer qu'il s'agit d'une querelle sur la forme, l'appréciation du Dr S. _____ recoupant celle émise par le Dr N. _____ dans son rapport du 23 août 2012 au point 4.

Le document médical le plus récent versé au dossier est le rapport du 1^{er} février 2013 de la Dresse M. _____, neurologue à [...]. Aucune autre pièce médicale ne décrit depuis lors l'évolution de l'état de santé de l'assurée à l'exception de l'examen SMR du 12 mai 2014.

Concernant les remarques de Me DUC en page 4/6 de son mémoire de réplique, il est clair que du point de vue neurologique il n'y a pas d'explication au trouble de la motricité dont souffre l'assurée, trouble qui n'est pas contesté. Par contre la limitation de la mobilité s'explique par l'atteinte post-traumatique de l'articulation sous astragaliennne et de l'interligne de Chopart qui est constitué[e] de l'articulation astragalo-scaphoïdienne qui est concave vers l'arrière et de l'articulation calcanéocuboïdienne concave vers l'avant.

Ce sont donc bien les séquelles de l'accident au niveau de ces articulations qui sont la cause des empêchements/limitations fonctionnelles retenues par le SMR et qui affectent la mobilité de l'assurée. Les troubles moteurs dont se plaint l'assurée et objectivés par ses médecins ne sont pas d'origine neurologique mais articulaire."

Se déterminant le 7 août 2015, la recourante fait en particulier valoir que la symptomatologie dont elle souffre est liée à l'algoneurodystrophie de stade II qu'elle présente. Elle estime à titre subsidiaire que ses troubles devraient être examinés à l'aune des principes jurisprudentiels en matière de troubles somatoformes. La recourante soutient par ailleurs que son taux d'invalidité doit être calculé en fonction de la méthode spécifique, dès lors que la situation des musiciens indépendants est comparable à celle de personnes n'exerçant pas d'activité lucrative. Elle réitère en outre sa requête tendant à la mise en œuvre d'une audience publique et à son audition. Pour étayer ses dires, la recourante produit un rapport établi le 17 juillet 2013 par Drs P. _____ et T. _____, respectivement médecin-adjoint et chef de clinique à l'Hôpital cantonal de [...], sur mandat du Bureau d'expertises judiciaires de la Fédération des médecins suisses (FMH) ; de ce rapport, il résulte en particulier que les diagnostics retenus consistent en un « *Complex Regional Pain Syndrome* » (CRPS) de type II du membre inférieur droit avec lésion axonale distale du nerf péronier à droite, une

arthrose tibio-astragaliennne droite post-traumatique, ainsi qu'un status après ablation du matériel d'ostéosynthèse le 14 mai 2012.

Se déterminant le 31 août 2015, l'intimé s'en tient à son appréciation.

D. Une audience s'est tenue le 14 février 2017, à laquelle l'OAI a été dispensé de comparaître.

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'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile et satisfait en outre aux autres conditions formelles de recevabilité (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. **a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises 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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité au-delà du 30 novembre 2012.

3. 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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 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 (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (cf. art. 6 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (let. c). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un degré

d'invalidité de 40% 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 un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art 43 al.1 LPGa). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base 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 proportion 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; cf. TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

c) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; cf. également TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (cf. ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (cf. TF 9C_275/2014 du 21 août 2014 consid. 3 et 9C_159/2013 du 22 juillet 2013 consid. 4.1 avec les références ; cf. également consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; cf. TF 9C_159/2013 précité loc. cit.).

4. a) Selon la jurisprudence (cf. ATF 125 V 413 consid. 2b ; cf. TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2), la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA.

b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement

important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; cf. TF 9C_1006/2010 précité loc. cit.). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.4).

5. Se fondant sur le rapport d'examen clinique orthopédique du Dr S._____ du 19 mai 2014, la décision attaquée reconnaît à la recourante une capacité résiduelle de travail de 50% depuis le 23 août 2012, cela tant dans la profession habituelle de cette dernière que dans une autre activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. La recourante, pour sa part, conteste cette appréciation au regard de l'avis des médecins ayant pris position antérieurement.

a) Il est incontesté que la lésion axonale distale du nerf péronier à droite entraîne des limitations fonctionnelles. Le Dr S._____ a en effet signalé que la mobilité de l'articulation sous- astragaliennne et des articulations de Chopart était diminuée de 50% (cf. rapport d'examen clinique du 19 mai 2014 p. 4). Il ressort de l'avis du Dr B._____ du 8 juin 2015 que les limitations fonctionnelles décrites par le Dr S._____ reposent exclusivement sur les séquelles de la lésion du nerf péronier. Le Dr S._____ les a fixées comme suit : travail sédentaire ou semi-sédentaire, principalement assis ; éviter de marcher en terrain irrégulier ;

éviter de monter ou descendre à répétition les pentes ou les escaliers ; éviter le port de charges (cf ibid. p. 6).

Dès lors qu'aucun rapport médical postérieur au diagnostic de lésion axonale distale du nerf péronier à droite posé le 1^{er} février 2013 par la Dresse M. _____ ne remet en question les limitations fonctionnelles définies par le Dr S. _____, on ne voit pas en quoi ces limitations fonctionnelles ne tiendraient pas adéquatement compte des conséquences de ladite atteinte. D'ailleurs, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr S. _____ se recoupent très largement avec l'analyse du Dr N. _____ le 23 août 2012, même si ce dernier médecin ne distingue pas entre les conséquences de la raideur articulaire de la cheville et celles du syndrome algoneurodystrophique de la jambe droite.

b) Des pièces au dossier, il résulte qu'une algodystrophie (aussi appelée syndrome douloureux régional complexe [SDRC ou, en anglais, CRPS], algoneurodystrophie ou sudeck) du membre inférieur droit a été diagnostiquée une première fois le 30 septembre 2010 par le Dr J. _____. Cette atteinte a été à nouveau constatée dès le 5 octobre 2011 par la Dresse U. _____ puis confirmée le 12 juin 2012 par la Dresse W. _____, le 23 août 2012 par le Dr N. _____, le 1^{er} février 2013 par la Dresse M. _____ et le 17 juillet 2013 par les Drs P. _____ et T. _____. Tant la Dresse M. _____ que les Drs P. _____ et T. _____ ont qualifié l'algodystrophie de type II.

Le Dr S. _____ a posé le diagnostic de « *séquelles douloureuses d'une algodystrophie du membre inférieur droit (M89.0)* » (cf. rapport d'examen clinique orthopédique du 19 mai 2014 p. 5). Dans la mesure où la présence de douleurs est un critère de l'algodystrophie, la qualification de séquelles douloureuses laisse entendre que l'algodystrophie est terminée même si des douleurs persistent. Le Dr S. _____ ne s'est pas exprimé directement sur la persistance de l'algodystrophie ou sa disparition plus de quinze mois après l'examen réalisé par la Dresse M. _____. Le Dr S. _____ a en revanche affirmé que dans un métier adapté aux limitations fonctionnelles, l'incapacité de

travail était essentiellement due à « *l'appréciation subjective* » de la symptomatologie, aux conditions sociales et au handicap ressenti par le sujet, ainsi qu'à la durée de l'incapacité de travail (cf. *ibid.* p. 6). Cette appréciation n'est pas compatible avec la persistance d'une algodystrophie, car celle-ci n'est pas considérée par la jurisprudence comme un facteur « *subjectif* », mais comme une atteinte organique de type mixte neurologique, orthopédique et traumatologique (cf. TF 8C_1021/2010 du 19 février 2011 consid. 7 et la référence citée).

Les constatations du Dr S. _____ plaident a priori plutôt pour le maintien des symptômes de l'algodystrophie. Ce médecin a en effet rapporté des plaintes consistant en des douleurs permanentes de type brûlure avec une sensation de tuméfaction du tiers distal de la jambe droite, de la cheville et du pied droits (cf. rapport d'examen clinique orthopédique du 19 mai 2014 p. 3). S'agissant du status, il a en outre mentionné un œdème en chaussette à partir de 20 cm distalement de la jambe, de la cheville et du pied droits, la cheville et le pied droits étant décrits comme légèrement violacés et plus froids que du côté gauche (cf. *ibid.* p. 4). Ces observations se recoupent avec celles de la Dresse M. _____ qui avait relevé, à la suite de l'examen pratiqué le 31 janvier 2013, une légère décoloration bleuâtre de la jambe droite par rapport au côté gauche et surtout une allodynie très importante au niveau du pied et du bas de la jambe à droite, sans clair déficit sensitivomoteur attribuable à un territoire d'un nerf périphérique (cf. rapport du 1^{er} février 2013 p. 2). La présence d'un œdème modéré de la cheville droite a aussi été relevée par les Drs P. _____ et T. _____ lors de leur examen le 8 novembre 2012 (cf. rapport d'expertise extrajudiciaire du 17 juillet 2013 p. 24).

En résumé, à défaut d'indice clair permettant de considérer que l'algodystrophie était terminée, le Dr S. _____ ne pouvait ni écarter sans motivation substantielle ce diagnostic posé par les médecins depuis 2010, ni renoncer à examiner les conséquences de cette atteinte sur la capacité de travail de l'assurée. Certes, la limitation de la capacité de travail à 50% dans une profession adaptée aux limitations fonctionnelles ne s'explique guère par les seules réductions de la mobilité consécutives à

la lésion axonale distale du nerf péronier. Or, si le Dr S._____ a apparemment intégré le syndrome douloureux dans son appréciation de la capacité de travail, son argumentation laisse toutefois entendre qu'il s'agirait d'un facteur essentiellement subjectif, respectivement psychosocial. En ce sens, l'évaluation du Dr S._____ comporte des contradictions et n'est pas suffisamment motivée quant aux raisons ayant incité ce médecin à s'écarter de l'appréciation des praticiens intervenus antérieurement. Le rapport d'examen clinique orthopédique du 19 mai 2014 ne répond donc pas aux exigences jurisprudentielles en matière de preuve.

Cela dit, force est également de constater que les avis médicaux antérieurs à celui du Dr S._____ ne sont pas unanimes sur la capacité de travail de l'assurée. Ainsi, se prononçant le 18 juin 2012 postérieurement au retrait du matériel d'ostéosynthèse en mai 2012, la Dresse W._____ a évalué la capacité de travail de l'intéressée à 30% avec une augmentation progressive en fonction de l'évolution. Le Dr N._____ l'a, pour sa part, évaluée le 23 août 2012 à 50% dans une activité adaptée tout en relevant que la situation n'était pas stabilisée. Ce taux d'incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée a été repris par le Dr V._____ du SMR le 29 novembre 2012.

Au final, il apparaît que le dossier de la cause s'avère lacunaire sur le plan médical et que, par voie de conséquence, la Cour de céans n'est pas en mesure de statuer à satisfaction de droit sur le présent litige. Sur ce plan, un complément d'instruction s'avère donc nécessaire.

6. La recourante conteste en outre le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité opéré par l'OAI. Elle estime plus précisément qu'en tant que musicienne professionnelle, elle devait être traitée comme une personne sans activité lucrative.

a) Lors de l'examen initial du droit à la rente, il convient d'examiner quelle est la méthode d'évaluation de l'invalidité qu'il s'agit d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes reconnues (méthode

générale de comparaison des revenus [cf. art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (cf. ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références ; cf. TF 9C_82/2016 du 9 juin 2016 consid. 3.2).

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit en principe être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 (cf. art. 16 LPGA). 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 qui doit s'élever à un taux minimum de 40 % pour ouvrir un droit à la rente (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI).

Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement les deux revenus en cause, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour personnes sans activité lucrative (cf. art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA), procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète. Cela revient à faire application de la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité (cf. ATF 128 V 29 consid. 1 et les références ; cf. également TF 9C_548/2011 du 9 mars 2012 consid. 4.2.5 et la jurisprudence citée).

b) Au cas d'espèce, il appert que l'activité professionnelle de la recourante a été décrite comme salariée, indépendante, voire mixte (cf. rapport initial du 17 novembre 2011 p. 2, rapport d'examen clinique orthopédique du 19 mai 2014 p. 1 et rapport d'expertise extrajudiciaire du 17 juillet 2013 p. 22). L'extrait de compte individuel AVS du 15 juillet 2011 comporte du reste des enregistrements – pour des montants fluctuants – portant sur des revenus de salariée et d'autres sur des revenus d'indépendante. Pour autant, l'OAI n'a entrepris aucune mesure d'instruction aux fins de déterminer concrètement la qualification de l'activité lucrative de la recourante. Notamment, en dépit des indices au dossier évoquant une activité indépendante, l'office n'a mis en œuvre aucune démarche spécifique dans le but d'éclaircir la situation, telle une enquête domiciliaire (cf. dans ce sens ch. 1058 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI] édictée par l'Office fédéral des assurances sociales). Le doute demeure également quant aux fluctuations observées dans les revenus de la recourante. Au final, les éléments au dossier sont donc insuffisants pour se prononcer en connaissance de cause sur le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité, en particulier entre la méthode ordinaire et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus.

A cela s'ajoute qu'au regard des lacunes du dossier quant à l'activité concrètement déployée par la recourante, l'intimé ne pouvait retenir qu'un changement de profession était raisonnablement exigible - à défaut d'avoir, précisément, investigué en quoi consistait, respectivement consiste, l'activité de l'intéressée.

Il suit de là que, sur le plan économique également, l'instruction du dossier doit être complétée.

7. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, il apparaît que l'OAI a statué sur la base d'un dossier lacunaire tant sur le plan médical qu'économique. Dans ces

circonstances, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI - auquel 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 y a donc lieu de lui renvoyer l'affaire pour qu'il en complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise médicale au sens de l'art. 44 LPGA, comportant à tout le moins un volet orthopédique et un volet neurologique. Il appartiendra ensuite à l'office de procéder aux mesures d'investigation adéquates sur le plan économique aux fins d'établir la perte de gain de la recourante puis, sur la base des données ainsi recueillies, de rendre une nouvelle décision.

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 au sens des considérants et nouvelle décision.

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 judiciaires (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr. à la charge de l'OAI

**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 10 novembre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause lui est renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

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

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Z._____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour Z. _____),
- 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 :