

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 octobre 2020

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Berberat, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 28 et 28a al. 3 LAI

E n f a i t :

A. Le 14 avril 2016, G._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1963, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) au motif qu'elle était en totale incapacité de travail depuis le 12 septembre 2015 en raison d'une fracture à la cheville à la suite d'une chute, suivie d'une infection et d'une maladie de Sudeck. Elle a indiqué avoir travaillé comme écuyère jusqu'en mars 2012 et avoir débuté un emploi de patrouilleuse scolaire à 10 % en mars 2016.

L'assurée a bénéficié d'une mesure d'intervention précoce sous forme d'un module externalisé du 16 mai au 30 septembre 2016 auprès de [...]. Cette mesure a dû être interrompue le 15 juin 2016 lorsque l'assurée a commencé un remplacement à 100 % comme patrouilleuse scolaire. Il ressort du rapport du 15 juin 2016 que l'assurée envisageait de travailler à un taux de 50 % par nécessité financière.

Dans un rapport du 12 mai 2016, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status après fracture de la cheville gauche, ostéosynthésée (en septembre 2015), d'infection du matériel d'ostéosynthèse (en octobre 2015) et d'évolution vers une algodystrophie (en novembre 2015). Selon ce médecin, l'assurée ne pouvait pas assumer une activité professionnelle nécessitant de marcher sur des longues ou moyennes distances, mais une activité sédentaire, notamment en position assise, pourrait être envisageable à plein temps. Elle ne pouvait pas non plus travailler accroupie, ni à genoux, ne devait pas monter d'échelle ou d'escaliers, et le port de charges était limité à 10 kg.

Les Drs S._____, médecin praticien, et Z._____, médecin assistant aux [...], ont retenu des limitations fonctionnelles analogues dans leurs rapports respectifs des 20 mai et 6 juin 2016. Le Dr Z._____

estimait que la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée était de 40 % et serait de 80 % à partir du 1^{er} décembre 2016.

Le 28 septembre 2016, le Dr S. _____ a transmis à l'OAI les résultats d'un échodoppler du membre inférieur gauche effectué le 3 août 2016, ayant montré une thrombophlébite probablement chronique et une thrombose plus récente au niveau des veines tibiales. Un traitement anticoagulant avait été instauré.

Dans un rapport du 11 janvier 2017, le Dr X. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a retenu comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail une fracture de la malléole externe de la cheville gauche qui s'est compliquée par une infection, une maladie de Sudeck et une thrombophlébite de la jambe gauche, et comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, des allergies multiples. L'assurée avait toujours des douleurs dès qu'elle forçait sur la charge et le poids sur son membre inférieur gauche et avait développé un état dépressif réactionnel pour lequel un traitement antidépresseur avait été mis en place. Le Dr X. _____ a attesté une totale incapacité de travail depuis le 12 septembre 2015, précisant que l'assurée avait repris une activité de patrouilleuse scolaire et qu'il était difficile de se prononcer sur la récupération d'une capacité de travail.

Le 7 février 2017, le Dr X. _____ a précisé que les limitations fonctionnelles de l'assurée étaient l'existence de douleurs à la cheville gauche, augmentant à la charge et à la marche, nécessitant un traitement antalgique quasi constant, et une réduction de la mobilité de la cheville gauche. Il estimait qu'elle avait retrouvé une capacité de travail d'environ 10-20 % à partir du 1^{er} mars 2016, de 40 % à partir du 1^{er} novembre 2016 et qu'elle pouvait désormais travailler entre 40 et 50 %, voire à 50-70 % dans une activité adaptée. L'assurée ne pouvait pas rester debout longtemps et devait souvent s'arrêter et se reposer.

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 19 mai 2017. Dans son rapport établi le 28 mai 2017, l'enquêtrice a conclu à

un statut d'active à 60 % et ménagère à 40 % et constaté qu'il n'y avait pas d'empêchement dans les activités du ménage.

Dans un rapport du 14 février 2017 [recte : 2018], le Dr C._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants :

« Status après fracture de la malléole externe de la cheville droite, traitée par réduction sanglante et ostéosynthèse 12.09.2015.

- Infection précoce traitée par antibiothérapie (Zinacef), mais allergie cutanée imposant une ablation du matériel d'ostéosynthèse, puis poursuite par immobilisation plâtrée pendant 7 semaines.
- Thrombose veineuse profonde du membre inférieur droit.
- CRPS de type II, en secondaire de la cheville et du pied droit :
 - o Neuropathie par enclavement du nerf péronier superficiel droit.
 - o Neuropathie par enclavement du nerf saphène distal droit.
- Restriction séquellaire de la cheville droite avec pied équin.

Profil d'hyperlaxité ligamentaire, sans hyperélasticité cutanée. »

Il a estimé que la capacité de travail en tant qu'écuyère était nulle, que l'assurée bénéficiait d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée offrant des alternances de postures, sans position debout prolongée ni marche en terrain irrégulier. Le travail avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux ou en rotation du buste devait être limité. Le port de charge devait se faire près du corps et avec maximum 8 kg. La capacité d'adaptation et la résistance de l'assurée étaient limitées.

Dans un rapport daté du 24 mars 2018 et réceptionné par l'OAI le 16 octobre 2018, le Dr C._____ a réaffirmé que la capacité de travail de l'assurée était de 50 % dans une activité adaptée, rajoutant comme limitation fonctionnelle une déambulation limitée. L'assurée présentait en effet des lombosciatalgies tronquées hyperalgiques depuis mai 2018, en lien avec une déchirure myotendineuse distale du muscle grand fessier associée à une tendino-bursite distale du moyen fessier et petit fessier de la hanche gauche.

Dans un rapport du 3 avril 2019, le Dr F._____, spécialiste en anesthésiologie à l'E._____, a posé les diagnostics suivants, sans se prononcer sur la capacité de travail :

« DIAGNOSTIC(S)

- CRPS. Algoneurodystrophie pied gauche (ICD-10 M89.07).
 - Score de sévérité du CRPS 8/17 le 27.03.2019.
- Suspicion d'une polyneuropathie périphérique des petites fibres douloureuses - d'origine inconnue (ICD-10; G62.9)

COMORBIDITÉ(S)

- Anamnèse chirurgicale:
 - OS Cheville gauche après chute dans les escalier[s] 2015.
 - AMO 3 semaines après pour une infection - alité pendant 7 semaines.
- Gynéco hystérectomie, TVT.
- Appendicite.
- Suivi par le médecin traitant pour une dépression.
- Thrombose veineuse chronique profonde mollet gauche. »

A l'initiative du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), une expertise pluridisciplinaire a été réalisée par le T.____ (ci-après : T.____). Dans leur rapport du 29 octobre 2019, les Drs V.____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, L.____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et K.____, médecin praticien, ont pris les conclusions suivantes :

« **4. EVALUATION CONSENSUELLE**

4.1 Evaluation médicale interdisciplinaire

[...]

Plus récemment, devant la persistance des douleurs, a été évoquée l'existence d'une éventuelle neuropathie des petites fibres, et une biopsie a été réalisée le 26.08.2019 dans l'hypothèse de pouvoir l'objectiver. Cette entité n'expliquerait pas le caractère strictement localisé à l'ensemble du membre inférieur gauche, sans atteinte controlatérale ni anomalies objectives de l'examen neurologique orienté, avec des troubles sensitifs sous forme d'une hypoesthésie diffuse de l'ensemble du membre inférieur gauche débordant largement un territoire systématisé, radiculaire, tronculaire ou de distribution des branches terminales.

En présence d'une allodynie à la palpation de l'ensemble de la jambe gauche, d'un œdème au niveau de la jambe, du mollet, de la cheville et du pied, d'un dysfonctionnement important du pied gauche avec limitation d'amplitude de la tibio-tarsienne et de la médio-tarsienne, les critères de Budapest pour un CRPS 1 sont bien remplis. Ce diagnostic a d'autre part été objectivé initialement à la scintigraphie. Une scintigraphie de contrôle le 05.07.2017 décrit la disparition quasi complète de l'hyperfixation de la cheville et du pied gauches par rapport à l'examen précédent. Le CRPS n'est plus en phase active, mais en phase de séquelle.

Spontanément, l'expertisée ne mentionne pas de plainte psychiatrique. Elle décrit, « des douleurs de tout le membre inférieur gauche, constantes ».

L'anamnèse retient que le père de l'expertisée est décédé alors qu'elle était âgée de 6 ans. Il y a une notion de carence affective. Il y a eu négligence affective (Z62.4). Il y a une notion de maltraitance psychologique et physique perpétrée par la mère de l'âge de 8 à 15 ans. Il y a eu des difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés à un enfant (Z61.6)

L'anamnèse retient la notion de viol à l'âge de 17 ans. Il y a eu agressions sexuelles par la force (Y05).

L'anamnèse retient dans un contexte de séparation et de divorce, très difficile (2001-2011), une première période de symptomatologie réactionnelle anxieuse (intensité moyenne au début) et dépressive (intensité moyenne au début), rapidement et significativement améliorée par la prise de Duloxétine. Le traitement antidépresseur a été de longue durée. Deuxième épisode réactionnel (chute avec fracture de la cheville gauche, intervention chirurgicale, douleur depuis septembre 2015) de symptomatologie anxieuse (intensité moyenne) et dépressive (intensité moyenne) réactionnelles partiellement amendées par une prescription de Duloxétine, « qui n'a aucun effet sur la douleur. Seule la morphine qui me fait dormir me soulage ».

L'examen psychiatrique retient que l'expertisée est venue au T._____, seule en voiture, elle est arrivée avec 1/2h d'avance. L'évaluation est continue. L'expertisée garde le focus. L'expertisée se déplace de la salle d'attente à la salle d'examen sans difficulté. Elle semble confortable sur la chaise, elle se lève au terme de l'investigation avec une forte boiterie en grimaçant. Il n'y a pas d'autre comportement douloureux observé. L'expertisée ne pleure pas, elle sourit, elle ne plaisante pas, elle ne fait pas de l'humour. Elle est précise, elle est collaborante. Son visage est expressif et détendu, parfois elle répond sur un ton un peu bougon. Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur. Elle n'est pas fatigable. L'humeur est anxieuse (intensité faible), l'expertisée est euthymique. Il n'y a pas de troubles cognitifs.

Le taux plasmatique de Duloxétine du 23.08.2019 est de 264 nmole/l, il est dans la fourchette thérapeutique (100-400). Il objective une bonne observance de la médication.

Le tableau clinique que présente cette expertisée est compatible avec un diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2), l'évolution de la symptomatologie qui a un caractère chronique est trop longue pour retenir le diagnostic de trouble de l'adaptation. La symptomatologie anxieuse est insuffisante pour retenir un diagnostic spécifique dans ce groupe de pathologie. La symptomatologie dépressive est insuffisante pour retenir un diagnostic spécifique dans ce groupe de pathologie. Ceci correspond aux éléments obtenus lors de l'anamnèse et à l'examen clinique.

L'expertisée se décrit comme anxieuse, et douloureuse. Il y a un sentiment de détresse expliqué par le diagnostic somatique de

syndrome douloureux régional complexe du membre inférieur gauche. L'expertisée a une bonne perception de soi et des autres. Il y a quelques éléments de majoration, ils sont en nombre insuffisant pour retenir un diagnostic spécifique à ce niveau. Compte tenu de ce qui précède, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant n'est pas retenu.

Les jurisprudences du Tribunal fédéral par arrêt du 03.06.2015 (9C 492/2014) et du 30.11.2017 (8C_841/2016 et 8C_130/2017) concernant l'évaluation des affections psychosomatiques et psychiatriques nous amène à prendre en considération les éléments suivants :

Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant n'est pas retenu les diagnostics psychiatriques retenus sont peu sévères, ils n'entraînent pas de limitations fonctionnelles psychiques. Il n'y a pas d'organisation pathologique de la personnalité. L'expertisée a vécu des événements difficiles, elle a fait preuve de résilience. L'expertisée est pourvue de ressources (cf. paragraphe spécifique de l'expertise). Il y a des incohérences dans l'appréciation des habiletés à réaliser les activités quotidiennes et dans l'évaluation des conséquences de la symptomatologie douloureuse. (Cf. : paragraphe spécifique de l'expertise).

4.2 Diagnostics pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

- Status post CRPS (algodystrophie), avec séquelles douloureuses résiduelles et raideur modérée de tibio-tarsienne et médio-tarsienne gauche, survenu après fracture de la malléole externe le 12.09.2015, ostéosynthésée avec sepsis précoce, ablation de matériel et consolidation osseuse bien axée obtenue.
- Négligence affective (Z62.4).
- Possibles sévices physiques infligés à un enfant (Z61.6).
- Agressions sexuelles par la force (Y05).
- Troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2).

4.3 Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

Les séquelles douloureuses résiduelles et la raideur modérée de cheville et pied gauches justifient de pouvoir varier les positions assise et debout, sans marche prolongée au-delà de 30 minutes régulièrement, 60 minutes occasionnellement, sans marche sur terrain accidenté, sans utilisation d'escabeau, échelle, ou usage répétitif des escaliers.

[...]

4.7 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

50%, comme patrouilleuse scolaire depuis mars 2016.

4.8 Capacité de travail dans une activité adaptée

100% depuis mars 2016. »

Dans son avis du 14 novembre 2019, le SMR a fait siennes les conclusions de l'expertise.

Par projet de décision du 6 décembre 2019, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait refuser sa demande de rente d'invalidité et de mesures professionnelles.

L'assurée a présenté ses objections en date du 26 décembre 2019 et annoncé qu'elle était désormais suivie à l'E. _____ par le Dr N. _____, qui allait rédiger un rapport pour appuyer sa contestation.

Elle a produit un rapport établi le 5 février 2020 par la Dre B. _____, spécialiste en médecine interne générale, dont il ressort que les douleurs à la cheville avaient augmenté, provoquant des réveils nocturnes, que le port de charge avait dû être diminué ou était délégué, que la pose d'un neurostimulateur antalgique était envisagée et que l'assurée avait débuté un suivi psychiatrique en février 2020.

Dans un courrier à l'assurée du 20 février 2020, l'OAI a considéré, après avoir pris l'avis du SMR, qu'il n'y avait pas de péjoration de l'état de santé depuis l'expertise, qu'il avait été pris en compte que l'assurée ne pouvait plus reprendre ses anciennes activités, mais qu'au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvraient les secteurs de la production et des services, on pouvait convenir qu'un nombre significatif de ces activités étaient légères et tout à fait adaptées à ses limitations fonctionnelles.

Par décision du 20 février 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif que son degré d'invalidité n'était que de 3 %. Il a retenu qu'elle avait retrouvé une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à partir du 1^{er} mars 2016. Dans la mesure où elle n'avait pas exercé d'activité durable avant son accident, il s'est référé aux données salariales statistiques pour établir tant le revenu avec que sans invalidité, et a tenu compte d'un abattement de 5 % sur le revenu d'invalidité en raison des limitations fonctionnelles. Pour la part active de 60

%, le degré d'invalidité était de 3 % et il était nul pour la part ménagère de 40 %.

L'assurée a fait parvenir un courrier à l'OAI le 9 mars 2020 pour contester sa décision. Elle a précisé que le Dr N._____ de l'E._____ ne prendrait pas position, suivant la politique de cet institut.

B. Par acte du 20 mars 2020 (date du timbre postal), régularisé le 2 avril 2020, G._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle a fait valoir qu'en raison de ses douleurs physiques, qui avaient également une portée psychique, il lui arrivait de ne pas pouvoir aller travailler parfois pendant plusieurs jours, se trouvant par ailleurs dans un sentiment de grande détresse. Les différents traitements tentés n'avaient pas effacé ses douleurs. Elle a précisé qu'elle dépendait de son fils pour une partie des tâches ménagères et que celui-ci avait l'intention de déménager.

Dans sa réponse du 29 mai 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours.

L'assurée n'a pas procédé plus avant.

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).

c)

aa) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

bb) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de leur incapacité à accomplir leurs travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI). Par travaux habituels, il faut en principe entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches (art. 27 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA).

cc) Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI, d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, l'assuré aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps il aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par l'assuré à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite

pondérés en proportion de la part de son temps consacrée par l'assuré à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI).

dd) En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 s. LAI et 8 al. 3 LPGA, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c ; 117 V 194).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

e) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

f) Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée (cf. art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 et les références citées ; TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1).

S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante admis que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux

ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4. 2 et les références citées ; TF 9C_925/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 2.3 et les références citées).

4. En premier lieu, on peut relever que la recourante ne remet pas en cause le statut de 60 % active et 40 % ménagère qui lui a été reconnu par l'OAI. Les explications relatives à ce statut contenues dans le rapport d'enquête ménagère du 29 mai 2017 sont tout à fait convaincantes.

5. a) L'OAI s'est en l'occurrence fondé sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire réalisée au T._____, qui retenait que la recourante avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à partir de mars 2016, les limitations fonctionnelles étant la possibilité de varier les positions assise et debout, l'absence de marche régulière au-delà de 30 minutes, maximum 60 minutes occasionnellement, l'absence de marche sur terrain accidenté, sans utilisation d'escabeau, d'échelle ni usage répétitif des escaliers.

Il faut constater que les Drs V._____, L._____ et K._____ ont pris leurs conclusions de manière consensuelle et motivée, à l'issue d'un examen clinique détaillé, en toute connaissance du dossier médical et de l'anamnèse et après avoir entendu les plaintes de la recourante. Leur rapport d'expertise peut dès lors se voir reconnaître une pleine valeur probante.

b) Sur le plan somatique, les experts ont conclu à l'existence d'un status post CRPS 1 (également appelé maladie de Sudeck ou algodystrophie). On peut relever que parmi tous les médecins ayant examiné la recourante, seul le Dr C._____ a conclu à un CRPS de type 2 dans son rapport du 14 février 2018, notant une neuropathie par enclavement des nerfs péronier superficiel et saphène distal droits [recte : gauches]. Les experts précisent toutefois qu'aucune atteinte tronculaire, radiculaire ou des branches de division des nerfs sciatiques poplités

interne (SPI) et externe (SPE) n'a été objectivée et confirmée, et qu'en l'absence de lésion nerveuse démontrée, il n'y a pas lieu de retenir un CRPS de type 2.

Les experts ont par ailleurs écarté l'hypothèse d'une neuropathie sensitive périphérique des petites fibres pour laquelle une biopsie venait d'être effectuée au moment de leur examen. Ils exposent de manière convaincante que cette entité n'expliquerait pas le caractère strictement localisé des douleurs à l'ensemble du membre inférieur gauche, ni les troubles sensitifs présents.

Il faut relever que les experts du T. _____ ont notamment tenu compte du rapport du Dr F. _____ de l'E. _____ du 3 avril 2019 figurant au dossier ainsi que des comptes rendus des traitements effectués, que la recourante a apportés à l'examen (expertise de médecine physique et réadaptation p. 10). Si celle-ci annonçait la production d'un rapport médical du Dr N. _____ dans ses objections du 26 décembre 2019, elle a toutefois indiqué, dans sa lettre à l'OAI du 9 mars 2020, que ce médecin n'allait pas prendre position par rapport à la décision de l'OAI, conformément à la politique de l'E. _____.

Il faut dans tous les cas préciser que les experts du T. _____ ne nient pas l'existence de douleurs liées au CRPS. Ils indiquent que la scintigraphie de contrôle du 5 juillet 2017 a permis de montrer que cette atteinte n'était plus en phase active, mais était passée en phase de séquelle. Ils précisent qu'habituellement, les CRPS guérissent dans un délai de six mois à deux ans, mais reconnaissent qu'il arrive que des séquelles douloureuses persistent à plus long terme et tiennent précisément compte des séquelles douloureuses résiduelles dans leur appréciation, de même que de la raideur modérée tibio-tarsienne et médio-tarsienne (expertise de médecine physique et réadaptation pp. 19-20). Les experts relèvent toutefois que, comme pour les autres syndromes douloureux, les facteurs psychosociaux interfèrent avec cette pathologie. Le Dr F. _____ de l'E. _____ mentionne à cet égard que la recourante présente une kinésiophobie très importante avec également une limitation

fonctionnelle importante (rapport du 3 avril 2019). Au final, les experts estiment que l'activité d'écuyère n'est plus exigible et que les activités de patrouilleuse scolaire et nettoyeuse de collège de la recourante ne sont en tant que telles pas adaptées, sauf dans les conditions spécifiques dans lesquelles elles sont exercées par la recourante. Ils considèrent que la recourante a présenté une totale incapacité de travail du 12 septembre 2015 au 1^{er} mars 2016 puis qu'elle a retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, permettant de varier les positions assise et debout, sans marche prolongée au-delà de 30 minutes régulièrement ou 60 minutes occasionnellement, sans marche sur terrain accidenté, sans utilisation d'escabeau, d'échelle ni usage répétitif des escaliers.

Parmi les médecins ayant examiné la recourante, le Dr J. _____ envisageait également la reprise d'une activité adaptée à plein temps, avec des limitations fonctionnelles analogues, dans son rapport du 12 mai 2016. En ce qui concerne les autres médecins, il faut constater qu'ils se sont également prononcés en faveur de la récupération d'une capacité de travail dans une activité adaptée, mais à un taux partiel. Le Dr Z. _____ estimait ainsi que celle-ci était 80 % à partir du 1^{er} décembre 2016 (rapport du 6 juin 2016). De son côté, le Dr X. _____ a indiqué que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 50-70 % au moment de son rapport du 7 février 2017 et le Dr C. _____ de 50 %. Aucun de ces médecins n'expose toutefois de motif justifiant de limiter la capacité de travail dans une activité qui tiendrait totalement compte des limitations fonctionnelles de la recourante. Quant au rapport de la Dre B. _____, établi ultérieurement à l'expertise, celui-ci ne fait que relayer les doléances de la patiente et ne contient rien de nouveau, hormis la mention d'un suivi psychiatrique depuis février 2020.

c) Sur le plan psychique, le Dr V. _____ a posé le diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2) et a également retenu une négligence affective (Z62.4), de possibles sévices physiques infligés à un enfant (Z61.6) et des agressions sexuelles par la force (Y05). Il souligne que la recourante n'a spontanément émis aucune plainte psychiatrique, mais a décrit ses douleurs. Sur la base de l'anamnèse, il a constaté deux

épisodes de symptomatologie réactionnelle anxieuse et dépressive, le premier dans le contexte du divorce de la recourante, et le deuxième à la suite de la fracture de la cheville en 2015. Il relève toutefois qu'il n'y a jamais eu d'incapacité de travail durable pour des raisons psychiatriques (expertise psychiatrique p. 20). Sur la base des éléments obtenus lors de l'anamnèse et de l'examen clinique, il conclut que le tableau clinique présenté par la recourante est compatible avec un diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes, précisant que la symptomatologie anxieuse est insuffisante pour retenir un diagnostic de ce registre, de même que la symptomatologie dépressive ne suffit pas à retenir un diagnostic spécifique dans ce groupe de pathologie. Il reconnaît en outre que la recourante présente un sentiment de détresse expliqué par le CRPS. Il expose les motifs pour lesquels il écarte les diagnostics de trouble de l'adaptation et de syndrome douloureux somatoforme persistant. Concernant l'évaluation de la capacité de travail, le Dr V._____ a appliqué la grille des indicateurs définie par la jurisprudence, à laquelle il se réfère d'ailleurs explicitement. Son évaluation tient ainsi compte du caractère peu sévère des diagnostics psychiatriques retenus et de l'absence d'organisation pathologique de la personnalité de la recourante, relevant uniquement quelques traits de personnalité dépendante, sous forme de comportement soumis, de crainte de la séparation et d'un manque d'affirmation de soi. L'expert a pris en considération la résilience dont la recourante a pu faire preuve et les ressources dont elle dispose. Il relève en outre des incohérences lorsqu'il examine la répercussion de l'atteinte à la santé dans les différents domaines de la vie, qu'il mentionne dans un paragraphe spécifique (expertise psychiatrique p. 19). Sur la base des éléments précités, il conclut à l'existence d'une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique, sans limitation fonctionnelle.

La recourante a indiqué, notamment par le biais du rapport de la Dre B._____, qu'elle a commencé un suivi psychiatrique en février 2020. Aucun rapport psychiatrique n'a toutefois été versé en cause. Comme vu ci-dessus, les experts du T._____ ont précisé qu'il n'y avait jamais eu d'incapacité de travail durable pour des raisons psychiatriques et ont exclu de manière convaincante l'existence d'une atteinte psychique

invalidante, étant rappelé que la recourante n'exprimait d'ailleurs aucune doléance à ce sujet. Ainsi, même dans l'hypothèse où l'atteinte psychique justifiant désormais le suivi entrepris en février 2020 devait être reconnue comme incapacitante, elle ne le serait a priori que depuis le début de la thérapie, voire au plus depuis les semaines précédentes. Selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI, cette atteinte ne pourrait entrer en considération que si elle entraîne une incapacité de travail moyenne d'au moins 40 % durant une année, de sorte qu'elle échappe totalement à l'objet du litige.

d) Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que dans sa décision du 20 février 2020, l'OAI a retenu que la recourante disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis mars 2016.

6. En ce qui concerne l'aptitude de la recourante à effectuer ses tâches ménagères, l'enquêtrice est arrivée à la conclusion qu'elle ne présentait aucun empêchement. Dans son recours, la recourante indique qu'elle dépend de l'aide de son fils pour certaines tâches ménagères, comme porter les sacs de commission, la corbeille à linge, passer la tondeuse et décharger le bois de chauffage, et précise que celui-ci va prochainement déménager pour s'installer avec son amie. Lorsque le rapport d'enquête ménagère a été établi, le 29 mai 2017, l'enquêtrice avait jugé raisonnablement exigible l'aide apportée par le fils de la recourante ainsi que celle donnée par son ancien compagnon, qui habitait alors chez elle. Si la recourante ne peut plus compter sur l'aide de ses fils ou de ses proches, il lui appartient toutefois, au vu de son obligation de réduire le dommage, d'adopter une méthode de travail adéquate et de répartir son travail en conséquence, notamment en fractionnant les tâches et en les faisant à son rythme (ATF 133 V 504 consid. 4.2 ; TF 9C_19/2012 du 4 octobre 2012 consid. 5.2). Il faut à cet égard constater que la recourante est en mesure d'effectuer elle-même la plupart des tâches ménagères, en accomplissant les pauses nécessaires, étant rappelé qu'elle travaille comme nettoyeuse dans une école le soir. On peut au demeurant préciser que même dans l'hypothèse où on retiendrait des empêchements dans certaines des tâches ménagères, le degré d'invalidité

pour la part ménagère demeurerait très faible et ne serait en tous les cas pas susceptible d'ouvrir un droit aux prestations.

7. a) La recourante n'expose aucun grief à l'encontre du calcul du degré d'invalidité effectuée par l'OAI pour la part active et celui-ci peut effectivement être confirmé. Il paraît en effet adéquat de se référer aux revenus ressortant de l'ESS 2016 pour calculer tant le revenu d'invalidité que celui sans invalidité et l'abattement de 5 % permet de tenir correctement compte des limitations fonctionnelles de la recourante. Le degré d'invalidité pour la part active se monte ainsi à 5 %. Compte tenu du statut d'active à 60 %, cela correspond à un degré d'invalidité de 3 %.

b) Pour la part ménagère, l'OAI a retenu un degré d'invalidité nul, considérant qu'il n'y avait pas d'empêchement dans les activités ménagères. Comme indiqué ci-dessus, même dans l'hypothèse où l'on admettrait quelques empêchements, le degré d'invalidité pour la part ménagère resterait très faible et ne serait pas susceptible d'ouvrir un droit aux prestations, étant rappelé que la part ménagère correspond à 40 % de l'activité totale de la recourante.

c) C'est dès lors à bon droit que l'OAI a refusé la demande de prestations de la recourante, plus particulièrement qu'il lui a nié le droit à une rente d'invalidité.

8. a) Le recours doit par conséquent être rejeté.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 200 fr., correspondant au minimum prévu par la loi (art. 69 al. 1bis deuxième phrase LAI), et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA) et n'ayant au demeurant pas agi par le biais d'un mandataire professionnel.

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 20 février 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 200 fr. (deux cents francs), sont mis à la charge de G._____.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Mme G._____,
- 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 :