

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} juin 2021

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Bosson, assesseur
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

D. _____, à [...], recourante, représentée par Mes Cécile Bonmarin et Alexis Overney, avocats à Fribourg,

et

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

Art. 17 al. 1 et 43 al. 1 LPGA ; art. 28 al. 1 LAI ; art. 87 al. 2 et 3 RAI.

E n f a i t :

A. D._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante ; nommée [...] jusqu'à son mariage le [...] décembre 2015), née en 1982, coiffeuse de formation, a travaillé en tant qu'ouvrière en horlogerie depuis 1999, en dernier lieu auprès de G._____ SA. Elle y a d'abord œuvré à plein temps puis à 60 % depuis le mois de septembre 2009, à la suite de la naissance de son premier enfant.

Le 6 février 2010, l'assurée a été victime d'un accident de la voie publique lors duquel elle a été polytraumatisée. A l'issue de son hospitalisation, les diagnostics suivants ont été retenus (cf. rapport de sortie du 16 février 2010 des Drs Q._____ et I._____, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) :

- arrachement de l'insertion osseuse du tendon rotulien du genou droit ;
- traumatisme thoracique avec fracture des côtes en série 1, 3 à 5 à droite ;
- fracture du manubrium sternal ;
- syndrome de Horner post-traumatique droit ;
- légers traumatismes crâniens.

L'assurée a mis fin à son contrat de travail auprès de G._____ SA avec effet au 31 octobre 2010. Elle a alors effectué les démarches pour devenir maman de jour auprès de l'Association Régionale d'Action Sociale (ARAS) de [...], activité pour laquelle elle a été agréée en mars 2011.

B. a) Le 23 avril 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison de l'incapacité de travail consécutive à son accident de voiture du 6 février 2010. Dans le formulaire de demande, elle a indiqué avoir été en incapacité totale de travail du 6 février au 31 août 2010 ainsi que depuis

le 1^{er} novembre 2011. Elle a précisé qu'elle percevait des prestations de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Procédant à l'instruction de cette demande, l'OAI a sollicité le dossier constitué par la CNA ainsi que des rapports des médecins traitants de l'assurée.

b) Sur demande de l'OAI, la CNA lui a transmis son dossier le 5 février 2012, dont il ressort notamment les éléments suivants.

Le 7 février 2010, l'assurée a subi une refixation trans-osseuse du tendon rotulien arraché lors de l'accident (cf. rapport opératoire du 9 février 2010 du Dr Q._____). Les suites de cette opération ont été lentement favorables (cf. rapport du 22 juin 2010 du Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale). L'assurée a repris son activité auprès de G._____ SA le 1^{er} septembre 2010 et a mis fin à son contrat de travail avec effet au 31 octobre 2010.

L'intéressée a par la suite fait état de lâchages de son genou, dont l'un, survenu le 30 octobre 2011, a engendré une incapacité de travail à 100 % dès le 1^{er} novembre 2011. Dans un rapport du 24 novembre 2011, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de soupçon de re-rupture partielle après refixation trans-osseuse et suture du cadre de Mc Laughlin pour arrachage du ligament patellaire droit le 6 février 2010, ainsi que d'exostose du pôle rotulien distal droit et de lésion du cartilage rétropatellaire côté droit.

En raison de son état de santé, l'assurée s'est à nouveau fait opérer le 12 janvier 2012. Le Dr F._____ a alors réalisé une exostectomie rotulienne et une résection de la plica du genou droit par arthroscopie (protocole opératoire du 27 janvier 2012). A la suite de cette intervention, il a posé les diagnostics de plica médiopatellaire, de chondromalacie I tibiale médiale gauche, d'arthrose rétropatellaire

naissante gauche et d'exostose patella genou gauche (cf. rapport du 14 janvier 2012).

En septembre 2012, l'assurée a consulté le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui lui a indiqué que sa rotule avait été « remise trop basse » (cf. procès-verbal d'entretien téléphonique du 19 novembre 2012). Posant le diagnostic de rupture du tendon rotulien qui avait été cousu avec « Fibre Wire », le Dr S._____ a préconisé d'opérer l'assurée afin de procéder à l'ablation du matériel de suture qui lui causait une irritation (cf. rapport du 7 novembre 2012). Le Dr S._____ a réalisé cette intervention le 12 novembre 2012. Dans un rapport du 22 avril 2013, le chirurgien a constaté que l'évolution de la situation était favorable et le pronostic bon. Le traitement consécutif à l'opération qu'il avait réalisée était terminé depuis le 10 janvier 2013, étant précisé que la capacité de travail était pleinement recouvrée depuis le 17 décembre 2012.

Dans un rapport médical final du 30 avril 2013, les Drs M._____, médecin d'arrondissement à la CNA et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et Z._____, également médecin d'arrondissement et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont constaté que la situation était stabilisée. Les examens cliniques réalisés, tant somatique que psychiatrique, ne permettaient pas de justifier une incapacité, même partielle, dans la profession de coiffeuse, dans une activité dans l'horlogerie ou en tant que maman de jour.

c) L'OAI a sollicité l'avis du Dr B._____, médecin praticien au Service régional médical de l'OAI (ci-après : SMR). Dans une appréciation du 11 octobre 2013, le Dr B._____ a indiqué suivre les avis des médecins de la CNA qui étaient plausibles, au vu du dossier et du rapport intermédiaire du Dr S._____. Dès lors, le Dr B._____ a reconnu une incapacité de travail durable depuis le 1^{er} novembre 2011 jusqu'au 30 avril 2013 en raison d'un status post polytraumatisme, plus particulièrement un status post traumatisme thoracique, traumatisme crânien avec commotion, entorse de la colonne cervicale et fracture du

genou droit. Dès le 1^{er} mai 2013, l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité, sans limitations fonctionnelles.

Invité à spécifier les limitations fonctionnelles de l'assurée durant son incapacité de travail, le Dr B._____ a précisé que, jusqu'au 30 avril 2013, du point de vue somatique, l'assurée était inapte dans une activité uniquement debout, dans différentes positions, impliquant des déplacements en terrain irrégulier, en se penchant, en position accroupie ou à genoux, avec les bras au-dessus de la tête, avec une rotation du tronc en position assise ou debout, un travail en hauteur ainsi que le port de charges. Du point de vue psychique, jusqu'au mois de juillet 2012, l'assurée avait une capacité de concentration, d'adaptation, de compréhension et de résistance limitée (avis SMR du 13 octobre 2013).

L'instruction de la demande de prestations AI a été complétée par une enquête économique sur le ménage, laquelle a mis en évidence que l'assurée travaillerait à 60 % si elle n'était pas atteinte dans sa santé pour des raisons financières et pour s'occuper de son enfant. Ainsi, le statut de l'intéressée était 60 % active et 40 % ménagère. L'enquête a également mis en évidence que, dans sa part ménagère, les empêchements de l'assurée étaient estimés à 78,15 % jusqu'au 30 avril 2013. Depuis lors, les empêchements étaient estimés à 22,55 % dans la part ménagère. L'enquêtrice a encore relevé que l'assurée avait repris, en septembre 2013, une activité à 40 % en tant que coiffeuse, plus particulièrement un stage rémunéré, afin de tester ses capacités, et avait accepté d'effectuer la conciergerie de son immeuble depuis février 2013, activité réalisée dans les faits par son concubin. L'enquêtrice a encore observé qu'il était très difficile pour l'assurée d'accepter la « non-reconnaissance » de son accident par les assurances. L'intéressée appréhendait également la venue de son deuxième enfant dont elle était enceinte de 7 mois et demi.

Dans un avis du 28 février 2014, le Dr B._____ a considéré qu'il n'y avait aucune raison de s'écarter de ses précédentes conclusions. Le rapport d'enquête ménagère, soit un document non médical, ne

prévalait pas sur les conclusions des médecins de la CNA, lesquelles revêtaient une pleine valeur probante. L'OAI n'avait au demeurant pas à prendre en compte les critères psycho-sociaux, tels que la reprise d'une activité ou le sentiment de « non-reconnaissance » des assurances. Les douleurs alléguées constituaient des critères subjectifs, dont l'origine consécutive à l'accident ou à la reprise du travail était inconnue. Le Dr B._____ a encore relevé qu'une grossesse nécessitait une bonne santé psychique et physique.

L'OAI a rendu un projet de décision le 8 mai 2014, que l'assurée a contesté le 30 juin 2014, alléguant que le fait d'enfanter ne signifiait pas forcément que ses problèmes médicaux étaient résolus.

L'OAI s'est vu remettre un rapport du 26 juin 2014 du Dr S._____, dans lequel il posait le diagnostic d'arthrose fémoro-patellaire gauche très sévère après fracture de la rotule et ostéosynthèse par cerclage de la rotule gauche. Il précisait que depuis la première consultation le 19 mai 2014, les douleurs avaient empiré et se manifestaient surtout à la marche prolongée et à la montée et descente d'escaliers. Dans la mesure où l'assurée souhaitait reprendre son métier de coiffeuse, le Dr S._____ préconisait de réaliser un resurfaçage fémoro-rotulien avec prothèse et proximalisation de la rotule. Il a attesté une incapacité de travail à 50 % dès le 19 mai 2014. Il a précisé, dans une note post-scriptum, qu'une annonce à l'OAI ne semblait pas appropriée dès lors qu'un rétablissement complet pouvait être attendu après l'opération, sans nécessité de recyclage.

Sollicité pour avis, le Dr B._____ a relevé, le 21 juillet 2014, que l'assurée disposait d'un diplôme de coiffeuse mais qu'elle exerçait une activité de maman de jour depuis le 1^{er} mars 2011. Elle souhaitait donc reprendre son ancienne activité de coiffeuse mais ne l'exerçait pas. Au vu du diagnostic posé par le Dr S._____, le Dr B._____ a admis une incapacité de travail de 50 % dans le métier de coiffeuse, mais une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, soit un poste sédentaire à semi-sédentaire de type tertiaire en position semi-assise au vu des

limitations fonctionnelles retenues par le Dr S._____. Celui-ci ne mentionnait d'ailleurs pas la station debout prolongée à titre de limitation fonctionnelle et prévoyait une incapacité de travail temporaire compte tenu d'un rétablissement complet escompté après l'intervention. Au vu de ces éléments, le Dr B._____ a retenu qu'il n'y avait pas lieu de modifier son appréciation ; si l'assurée s'orientait dans le métier de coiffeuse, elle disposerait d'une capacité de travail de 50 % dès le 19 mai 2014, mais conservait une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

Par décision du 2 septembre 2015, confirmant le projet de décision du 8 mai 2014, l'OAI, par l'intermédiaire de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2012 au 31 juillet 2013, ainsi qu'une rente pour enfant liée à la rente de la mère, fondée sur un degré d'invalidité de 91 %. Dans une motivation séparée du 23 juillet 2014, faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a retenu que la capacité de travail de l'assurée était considérablement restreinte depuis le 1^{er} novembre 2011, date de départ du délai d'attente d'une année. Depuis lors, elle présentait des problèmes de santé et avait dû cesser son activité habituelle de maman de jour à temps partiel. Conformément aux renseignements en sa possession et aux déclarations de l'assurée, l'OAI l'a considérée comme une personne active à 60 % et comme ménagère à 40 %. L'OAI a constaté que l'incapacité de travail de l'assurée était totale dans toute activité jusqu'au 30 avril 2013. Dans l'activité ménagère, les empêchements dans la tenue du ménage s'élevaient à 78,15 %. Il en résultait ainsi un degré d'invalidité de 91,26 % (60 % + 31,26 %). Constatant une amélioration de l'état de santé de l'assurée dès le 1^{er} mai 2013, l'OAI a estimé que les empêchements dans la tenue du ménage s'élevaient désormais à 22,55 %. Dans sa part active, l'assurée ne présentait plus d'incapacité de travail et pouvait reprendre son ancienne activité de maman de jour ou toute autre activité adaptée à plein temps. Dès le 1^{er} mai 2013, l'incapacité de travail et de gain était estimée à 9 % (22,5 % d'empêchement sur la part ménagère de 40 %). Ainsi, dès le 1^{er} novembre 2012, l'assurée avait droit à une rente entière d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 91 %. Dès le 1^{er} août 2013, soit trois mois après

l'amélioration de l'état de santé et de la capacité de travail à 100 %, la rente était supprimée.

d) Par courrier du 21 février 2017, l'assurée, représentée par son conseil, a sollicité que son droit à des mesures d'ordre professionnel soit revu, alléguant que son état de santé s'était stabilisé et qu'elle ne pouvait plus reprendre son activité de coiffeuse à temps complet.

Le 23 février 2017, l'assurée a transmis à l'OAI un rapport du 9 février 2017 du Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel constatait que la capacité de travail dans l'activité de coiffeuse, exercée essentiellement debout, était limitée compte tenu d'un déclenchement de plaintes après deux à trois heures de travail par jour. Le Dr H._____ soutenait ainsi la demande de l'intéressée tendant à une réorientation professionnelle dans une activité moins contraignante pour le genou.

Par courrier du 23 mars 2017, l'OAI a expliqué à l'assurée qu'elle ne remplissait pas les conditions pour un reclassement professionnel car elle n'exerçait pas l'activité de coiffeuse avant son atteinte à la santé. Il s'est encore référé à son projet de décision selon lequel l'intéressée pouvait reprendre toute activité à plein temps dès le mois de mai 2013.

C. **a)** Par courrier de son mandataire du 14 juin 2019, l'assurée a requis l'OAI de rouvrir son dossier en vue de l'octroi d'une rente, respectivement de mesures d'ordre professionnel, au vu des conclusions auxquelles était arrivé le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dans son rapport d'expertise privée du 14 novembre 2018. Dans ce rapport, le Dr N._____ posait le diagnostic d'arthrose fémoro-patellaire grave associée à une rotule haute. Il constatait que la capacité de travail de l'assurée était diminuée de 30 % dans toutes professions, y compris sédentaires, en raison des limitations fonctionnelles retenues.

Le 26 juillet 2019, l'assurée a adressé à l'OAI une nouvelle demande de prestations AI, renvoyant au rapport du Dr N._____ du 14 novembre 2018.

Sollicité pour avis, le Dr C._____, médecin praticien au SMR, a considéré que, selon les éléments médicaux au dossier, l'atteinte dont souffrait l'assurée était la même que précédemment, tout comme les limitations fonctionnelles (cf. compte rendu de la permanence SMR du 30 août 2019).

Dans un projet de décision du 10 septembre 2019, l'OAI a refusé à l'assurée tout droit à une rente ou à des mesures professionnelles. Après instruction de la seconde demande, l'OAI a constaté qu'il n'y avait aucune modification dans l'état de santé de l'intéressée ayant une incidence sur la capacité de travail retenue dans sa précédente décision. Ses précédentes conclusions étaient donc toujours valables.

Par courrier de son conseil du 7 octobre 2019, l'assurée a fait valoir ses objections à l'encontre du projet de décision précité, observant qu'il n'était que sommairement motivé et que l'instruction l'ayant précédé consistait uniquement en un avis du Dr C._____, lequel n'était pas détaillé.

b) Sur demande de l'OAI, la CNA a transmis son dossier le 23 janvier 2020, dont il ressort les éléments suivants.

Le 7 avril 2015, l'assurée s'est fait opérer de l'épaule gauche par le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel avait diagnostiqué une rupture partielle subtotale et une tendinose du tendon supra-épineux gauche (cf. rapport du 5 février 2015). Dans un rapport du 2 septembre 2015, le Dr P._____ a indiqué que le traitement consécutif à cette opération était terminé.

Concernant le genou droit, l'assurée a effectué, le 8 décembre 2014, une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) qui a mis en évidence un status après ostéosynthèse d'une fracture de la rotule avec atteinte du cartilage dans le quadrant médial inférieur ainsi qu'une tendinite de fixation du tendon rotulien (rapport du 8 décembre 2014 Dr R._____, spécialiste en radiologie). Les mesures de thérapie conservatrice n'ayant pas apporté de changement, le Dr H._____ a opéré l'assurée le 23 octobre 2015. Le Dr H._____ a réalisé une arthroscopie du genou droit, une adhésiolyse et résection de la cicatrice par arthroscopie, une dissection latérale ouverte de la facette de la rotule, une ablation d'exostoses multiples et un débridement du tendon rotulien proximal (cf. protocole opératoire du 23 octobre 2015). Dans un rapport du 15 janvier 2016, le Dr H._____ a constaté que l'évolution était favorable. L'incapacité de travail dans la profession de coiffeuse demeurait valable jusqu'alors, une activité sédentaire ou physiquement moins éprouvante pour le genou serait déjà envisageable.

Par courrier du 1^{er} juin 2016 de son conseil, l'assurée a informé la CNA que son ancien employeur, auprès de qui elle avait réalisé un stage précédemment, lui avait proposé d'intégrer son salon de coiffure en tant qu'indépendante. Elle débuterait cette activité à 30 %, à titre d'essai, durant le mois de juin 2016. Dans un rapport du 9 février 2017, le Dr H._____ a précisé que les modifications post-traumatiques de l'articulation fémoro-patellaire présentées par l'assurée expliquaient les plaintes douloureuses. Dans ces circonstances, il ne serait probablement pas possible d'augmenter de manière significative la charge de travail dans l'activité habituelle de coiffeuse. Dès lors qu'une diminution des performances était à craindre au fil des années, le Dr H._____ préconisait une activité moins contraignante pour l'articulation du genou.

Une IRM réalisée le 9 février 2018 a mis en évidence un status après refixation du tendon rotulien, des altérations cartilagineuses marquées de la rotule et moins marquées au niveau de la gouttière intercondylienne, un « œdème » de l'os spongieux du tibia proximal dans sa partie antérieure aspécifique ainsi qu'une plica para-patellaire interne

(cf. rapport d'IRM du 9 février 2018 du Dr G._____, spécialiste en radiologie). Le 21 mars 2018, le Dr G._____ a procédé à un examen comparatif des imageries du 9 février 2018 avec l'examen du 8 décembre 2014. Il a remarqué que les altérations cartilagineuses de la rotule et de la gouttière intercondylienne étaient un peu plus marquées et pouvaient être quantifiées de moyennes. L'« œdème » décrit au niveau de la partie proximale et antérieure du tibia n'était pas présent, de sorte qu'un avis orthopédique devait être requis.

Se fondant sur un avis du 27 mars 2018 de la Dre W._____, médecin praticien à la CNA, qui reconnaissait que l'assurée présentait une arthrose fémoro-patellaire unique débutante à moyenne, la CNA a accordé à l'assurée une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 6'300 fr. correspondant à un taux d'atteinte à l'intégrité de 5 %, par décision du 27 mars 2018.

Après que la CNA s'est vue remettre le rapport d'expertise privée du Dr N._____, elle a ordonné un examen orthopédique. Le 7 mars 2019, les Drs A._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à la CNA, et J._____, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie à la CNA, ont examiné l'assurée. Dans un rapport du 11 avril 2019, ils ont constaté, après s'être prononcés sur le rapport du Dr N._____, que la situation du genou droit était stabilisée à un niveau qui était objectivement moins favorable qu'il ne l'était lors des examens précédents. Considérant la situation orthopédique, le métier de coiffeuse, qui était exercé de façon debout, et de maman de jour, qui demandait des positions à même le sol, accroupies ou agenouillées, ne représentaient pas une activité optimale pouvant être concrétisée à plein temps avec un rendement normal. Une pleine capacité de travail pouvait toutefois être reconnue dans une activité adaptée, à savoir un travail sédentaire avec possibilité de positionner librement le membre inférieur droit ou un travail en position alternée avec le libre choix de la position sans déplacement prolongé, sans position accroupie ou agenouillée, sans franchissement de terrain en pente ni d'escaliers, ni d'échelle, avec des déplacements limités à des terrains plats sur sol sec et

sans manipulation de charges répétées excédant 5 kg. D'autre part, afin de tenir compte d'une fatigabilité accrue et d'une vulnérabilité de l'épaule gauche, en l'absence de limitation fonctionnelle avérée après la réparation de la coiffe, ce travail ne devait pas demander de gestes répétitifs ou de position sans appui prolongé du membre supérieur gauche ainsi que la manipulation répétée de charges dépassant 2 kg avec le membre supérieur gauche et ceci à proximité du corps entre la hauteur de ceinture et la hauteur de l'omoplate. Les médecins ont en outre fixé à 10 % le taux global de l'IPAI, considérant que la situation concernant le genou droit apparaissait alors globalement moins favorable à ce qu'elle était auparavant.

Le 7 novembre 2019, la CNA a rendu une décision de refus de rente et d'octroi d'une IPAI augmentée de 5 %, se fondant sur l'examen orthopédique des Drs A._____ et J._____. L'assurée a formé opposition à l'encontre de cette décision, le 4 décembre 2019.

c) Le 24 janvier 2020, l'OAI a informé l'assurée que le Dr H._____ n'était pas en mesure de répondre à sa demande de rapport. Il a ainsi requis qu'elle lui communique les coordonnées d'un autre médecin spécialiste en orthopédie qui la suivait. En réponse à cette demande de renseignements, l'intéressée a transmis à l'OAI les coordonnées du Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale.

Interpelé par l'OAI, le Dr K._____ a indiqué, dans un rapport du 27 mars 2020, avoir vu l'assurée pour la première fois en avril 2014. Il a résumé l'évolution de la situation depuis lors, renvoyant en particulier au rapport du Dr N._____ concernant l'atteinte au genou droit. Le Dr K._____ a fait état d'un bon pronostic pour une reprise d'activité à 100 % avec du soutien, précisant que l'intéressée pouvait demeurer debout durant trois heures par jour au maximum mais davantage en position assise.

Sollicité pour avis, le Dr C._____ a constaté, dans un avis du 23 avril 2020, qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux objectifs lui

permettant de modifier la position de l'OAI, la situation étant similaire à celle existant en 2015, au vu de l'appréciation orthopédique de la CNA.

Par décision du 24 avril 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, confirmant le projet de décision du 10 septembre 2019.

D. Par acte de son mandataire du 25 mai 2020, D._____ a interjeté un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision qui précède, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. La recourante a reproché à l'OAI de s'être fondé sur l'appréciation du 23 avril 2020 du Dr C._____ qui s'était contenté de suivre la position de la CNA, sans expliquer les raisons qui l'amenaient à préférer l'appréciation des médecins d'arrondissement aux conclusions du Dr N._____. L'appréciation du Dr C._____ selon laquelle il n'y avait aucun élément nouveau depuis 2015 était en outre erronée, dès lors que les médecins d'arrondissement et le Dr N._____ avaient constaté une aggravation effective de l'arthrose fémoro-patellaire chez l'assurée. La recourante a encore reproché à l'intimé d'avoir renoncé à obtenir un rapport du Dr H._____, médecin traitant.

Par réponse du 16 juillet 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a notamment relevé que l'expertise privée du Dr N._____ était essentiellement basée sur l'analyse de deux examens des médecins de la CNA avec des avis divergents au sujet de l'arthrose fémoro-patellaire qui était déjà connue et prise en compte dans la décision du 2 septembre 2015. L'OAI a ajouté qu'il ne saisissait au demeurant pas pour quels motifs le Dr N._____ retenait une incapacité de travail à 30 % dans toutes activités, notamment dans une activité sédentaire. L'intimé s'est référé pour le surplus à l'appréciation des Drs A._____ et J._____.

Répliquant le 7 août 2020, la recourante a ajouté qu'elle reprochait à l'OAI de ne pas avoir ordonné des investigations complémentaires compte tenu du fait qu'elle avait formé opposition contre

la décision de la CNA, laquelle se fondait sur l'appréciation des Drs A._____ et J._____, à tout le moins de ne pas avoir attendu que l'opposition soit tranchée.

Par duplique du 28 août 2020, l'intimé a confirmé ses conclusions.

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 de l'assurance-invalidité.

3. a) 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) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, 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.

c) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé

de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) 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).

5. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la deuxième demande de prestations AI déposée le 26 juillet 2019 par la recourante et a repris l'instruction en requérant la production du dossier constitué par la CNA ainsi que des rapports auprès du médecin orthopédiste traitant. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force du 2 septembre 2015, par laquelle l'intimé a octroyé à la recourante une

rente entière limitée dans le temps, soit du 1^{er} novembre 2012 au 31 juillet 2013, et la décision litigieuse du 24 avril 2020, l'état de santé de l'intéressée s'est modifié de manière à influencer son droit à des prestations AI.

a) Dans le cadre de l'examen qui a abouti à la décision du 2 septembre 2015, l'OAI s'est principalement fondé sur les avis du Dr B._____, médecin au SMR, sur l'examen final du 30 avril 2013 réalisé par les Drs M._____, et Z._____, médecins d'arrondissement à la CNA, et sur les rapports du Dr S._____.

Pour rappel, le Dr B._____ avait retenu, dans une appréciation du 11 octobre 2013, que l'atteinte principale à la santé de l'assurée était un status post polytraumatisme, étant précisé que les pathologies suivantes étaient également du ressort de l'OAI : status post traumatisme thoracique, traumatisme crânien avec commotion, entorse de la colonne cervicale et fracture du genou droit. Il avait reconnu que l'assurée était totalement incapable de travailler, dans toute activité, du 1^{er} novembre 2011 au 30 avril 2013, date à laquelle les médecins de la CNA avaient constaté une stabilisation de son état de santé. Dès lors, le Dr B._____ avait considéré que l'assurée était capable de travailler tant dans son activité habituelle de maman de jour que dans toute activité adaptée. Dans une appréciation du 13 octobre 2013, il avait précisé les limitations fonctionnelles, à savoir : inaptitude dans une activité uniquement debout, dans différentes positions, impliquant des déplacements en terrain irrégulier, en se penchant, en position accroupie ou à genoux, avec les bras au-dessus de la tête, avec une rotation du tronc en position assise ou debout, un travail en hauteur ainsi que le port de charges.

Dans un rapport du 26 juin 2014, le Dr S._____ avait posé le diagnostic d'arthrose fémoro-patellaire gauche. Il avait préconisé une intervention chirurgicale du genou droit de l'assurée, dès lors qu'elle souhaitait reprendre son métier de coiffeuse et que les douleurs avaient

empiré depuis le mois de mai 2014. Il avait attesté une incapacité de 50 % depuis le 19 mai 2014.

Le Dr B. _____ avait estimé que si l'assurée s'orientait dans le métier de coiffeuse, dans lequel elle avait une incapacité temporaire de 50 % dès le 19 mai 2014, elle disposerait alors d'une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle, mais conservait une capacité de travail entière dans une activité adaptée (appréciation du 21 juillet 2014).

b) A la suite de la deuxième demande de prestations AI déposée le 26 juillet 2019 par la recourante, en raison d'une aggravation de son état de santé, l'OAI a recueilli le dossier constitué par la CNA ainsi que requis des rapports auprès des médecins orthopédistes qui suivaient l'assurée.

aa) L'OAI a justifié sa décision de refus de rente en se fondant sur l'avis du Dr C. _____, médecin au SMR, lequel précisait suivre les conclusions du rapport établi le 11 avril 2019 par les Drs A. _____ et J. _____, médecins d'arrondissement de la CNA.

Dans ce rapport, relatif à un examen orthopédique réalisé le 7 mars 2019, les Drs A. _____ et J. _____ ont constaté que la situation paraissait moins favorable qu'elle ne l'était lors des examens précédents par les médecins de la CNA, tant par rapport à la situation musculaire que la fonction articulaire du genou droit. Tenant compte du cartilage et des répercussions sur l'appareil extenseur, la situation du genou droit pouvait être mise en équivalence avec une arthrose fémoro-patellaire d'intensité moyenne ou à un état après patellectomie. Les Drs A. _____ et J. _____ ont également contesté, de manière convaincante, le diagnostic de rotule haute posé par le Dr N. _____ dans son expertise privée du 14 novembre 2018. Ce médecin estimait que les radiographies du 8 décembre 2014 et du 14 novembre 2017 révélaient une rotule haute. Les médecins d'arrondissement ont toutefois écarté ce diagnostic, en se fondant tant sur des examens objectifs réalisés par les spécialistes ayant suivi l'assurée que sur les résultats d'imagerie. Ainsi, l'IRM du 8 décembre 2014 ne faisait

aucunement état d'une rotule haute. Les chirurgiens S._____ et H._____ avaient d'ailleurs constaté une rotule abaissée, laquelle avait finalement regagné sa hauteur normale au fil des convalescences et des interventions réalisées en novembre 2012 et octobre 2015. L'appréciation du Dr N._____, entièrement fondée sur la place de la rotule haute, s'en retrouve donc discréditée. Elle l'est d'autant plus que le Dr N._____ n'a pas mentionné les atteintes subies par la recourante à son épaule gauche, qu'il a constaté de manière erronée une symétrie des membres inférieurs gauches, qu'il n'a rapporté que de manière très sommaire les plaintes de l'assurée et qu'il n'a pas étayé son appréciation de l'incapacité de travail de 30 % qu'il retient dans toutes professions. L'expertise du Dr N._____ ne suffit en conséquence pas à mettre en doute les conclusions auxquelles sont parvenus les Drs A._____ et J._____ au terme de leur rapport du 11 avril 2019. Ce rapport se fonde au demeurant sur une anamnèse complète et détaillée, tient compte des plaintes de l'assurée, intervient après un examen clinique et contient des conclusions détaillées et motivées. Il s'exprime sur l'appréciation du Dr N._____ et indique pour quels motifs il s'en écarte. Le rapport d'examen du 11 avril 2019 des Drs A._____ et J._____ revêt dès lors une pleine valeur probante.

Au terme de leur examen, ces médecins concluent que la situation du genou droit s'est stabilisée à un niveau objectivement moins favorable que précédemment, constatant lors de leur examen du 7 mars 2019 que les lésions cartilagineuses au niveau de la rotule étaient étayées, que la force musculaire restait déficitaire et que la flexion du genou était réduite. Considérant la situation orthopédique, le métier de coiffeuse, exercé debout, et de maman de jour, qui demande des positions à même le sol, accroupies ou agenouillées, ne représentent pas une activité optimale pouvant être concrétisée à plein temps avec un rendement normal. Un travail tenant compte des problèmes orthopédiques de l'assurée pouvait être défini comme suit : travail sédentaire avec possibilité de positionner librement le membre inférieur droit ou un travail en position alternée avec le libre choix de la position sans déplacement prolongé, sans position accroupie ou agenouillée, sans franchissement de terrain en pente, d'escaliers ou d'échelle, avec des

déplacements limités à des terrains plats sur sol sec et sans manipulation de charges répétées excédant 5 kg. D'autre part, afin de tenir compte d'une fatigabilité accrue et d'une vulnérabilité de l'épaule gauche, ce travail ne doit pas demander de gestes répétitifs ou de position sans appui prolongé du membre supérieur gauche ainsi que la manipulation répétée de charges dépassant 2 kg avec le membre supérieur gauche et ceci à proximité du corps entre la hauteur de ceinture et la hauteur de l'omoplate.

La péjoration de la situation a également été constatée par le Dr G._____, lequel a procédé à un examen comparatif des imageries du 8 décembre 2014 et du 9 février 2018. Il a noté à cet égard des altérations cartilagineuses de la rotule et de la gouttière intercondylienne un peu plus marquées et les a quantifiées de moyennes. Le Dr H._____, dans son rapport du 9 février 2017, attestait quant à lui d'une péjoration de la situation. Le Dr K._____ a quant à lui évoqué, dans son rapport du 27 mars 2020, un bon pronostic pour une reprise d'activité à 100 %, durant une période de trois heures debout et davantage assis.

La capacité de travail résiduelle a dès lors été évaluée de manière adéquate, de sorte que le SMR, puis l'OAI, étaient fondés à reprendre l'appréciation des Drs A._____ et J._____, sans que l'on puisse reprocher au SMR de ne pas avoir justifié davantage sa position.

L'OAI ne saurait toutefois suivre, d'une part, l'appréciation orthopédique de la CNA et considérer, d'autre part, qu'il n'y a pas d'éléments médicaux objectifs permettant de réviser sa décision du 2 septembre 2015. Les Drs A._____ et J._____ ont en effet constaté, au terme d'un examen qui revêt une pleine valeur probante, que l'assurée ne pouvait désormais plus exercer ni son activité de coiffeuse ni celle de maman de jour. Or, dans sa précédente décision du 2 septembre 2015, l'OAI avait considéré que l'assurée était pleinement capable d'exercer son activité habituelle de maman de jour. Tel n'est désormais plus le cas, de sorte que l'OAI ne pouvait considérer que les limitations fonctionnelles

étaient identiques à celles retenues en 2015 et que la capacité de travail dans l'activité habituelle de maman de jour n'avait pas changé.

Force est de constater que l'état de santé s'est péjoré de manière significative depuis la décision du 2 septembre 2015 rendue par l'OAI.

bb) La recourante fait également grief à l'intimé de ne pas avoir insisté auprès du Dr H._____ afin qu'il lui adresse un rapport médical. Or, il était loisible à la recourante de réclamer à son médecin orthopédiste traitant qu'il établisse un rapport à l'attention de l'OAI, au vu du devoir de collaborer (art. 28 al. 2 LPGA) et de la charge de la preuve de la péjoration de son état de santé qui lui incombent. Elle n'a toutefois pas jugé utile de s'adresser au Dr H._____, même après que l'OAI lui a demandé les coordonnées d'un autre médecin orthopédiste traitant. L'OAI s'est du reste vu transmettre l'intégralité du dossier constitué par la CNA qui contient de nombreux rapports de ce spécialiste, de sorte que son avis a été dûment pris en compte par l'intimé.

Quant au reproche de ne pas avoir procédé à des investigations supplémentaires et de ne pas avoir, à tout le moins, attendu la décision sur opposition de la CNA, celui-ci ne saurait être suivi. En effet, si la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité (principe d'uniformité de la notion d'invalidité ; cf. Margit Moser-Szeless in Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n. 6 et 8 ad art. 8 LPGA), il faut tenir compte du fait que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré. L'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a dès lors pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4 ; 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2). L'OAI n'avait ainsi pas à attendre le résultat de la procédure d'opposition devant la CNA pour rendre sa propre décision, ce d'autant qu'il disposait de tous les éléments utiles pour

procéder à l'appréciation des rapports des Drs A._____ et J._____, d'une part, et du Dr N._____, d'autre part. Les investigations médicales n'étaient au demeurant pas nécessaires, l'instruction étant complète sur ce plan.

6. Un changement de situation ne suffit pas encore pour modifier les droits de l'assurée sur le plan de l'assurance-invalidité (cf. consid. 3b ci-dessus). Encore faut-il examiner si le degré d'invalidité s'en retrouve modifié. La question des revenus avec ou sans invalidité ainsi que l'incidence des atteintes sur la part ménagère n'a toutefois pas été instruite. Dès lors, 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'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 (ATF 139 V 99 consid. 1.1 ; 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

En l'occurrence, l'assurée ne dispose d'aucune capacité de travail dans son activité habituelle, mais jouit d'une capacité entière dans une activité adaptée. Il appartient dès lors à l'intimé, à qui il incombe en premier lieu d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPG), de procéder à un complément d'instruction pour évaluer le degré d'invalidité de l'assurée puis de rendre une nouvelle décision.

7. **a)** En définitive, le recours doit être partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

b) 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 arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI.

c) Par ailleurs, assistée d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA, 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 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 24 avril 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants puis 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 D._____ une indemnité 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 :

- Mes Cécile Bonmarin et Alexis Overney (pour D. _____),
- 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 :