

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 avril 2021

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Dessaux et Durussel, juges
Greffière : Mme Berseth

Cause pendante entre :

L._____, à [...], recourante, représentée par Me Vincent Brulhart, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 17 et 43 al. 3 LPGA ; art. 50 al. 1 LAI ; art. 88a al. 1 RAI ; art. 20 al. 2 LAVS

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante [...] née le [...], réside en Suisse depuis 1996, au bénéfice d'un permis d'établissement. Mère de [...] enfants majeurs, elle est divorcée depuis 20[...]. Titulaire d'un certificat d'aptitude professionnelle (CAP) de coiffeuse obtenu en 1981, elle a d'abord travaillé en qualité de coiffeuse salariée, avant de s'installer à son propre compte en 1996, sous la raison sociale [...], avec un taux d'activité de 100%.

Le 4 juin 2016, au volant de son scooter, l'assurée a glissé et a chuté sur son épaule droite. L'accident a été pris en charge par la W._____.

Dans un premier temps, l'assurée n'a pas subi d'incapacité de travail. Le 5 juillet 2016, face à la persistance de douleurs à l'épaule droite, l'assuré a consulté le Dr. Z._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, qui a attesté une incapacité de travail de 50% dès le 5 juillet 2016. Le Dr Z._____ a retenu le diagnostic de rupture traumatique partielle du tendon du sus-épineux droit, mise en évidence par un examen échographique. A l'épaule gauche, il a constaté une bursite sous-acromiale sans atteinte du tendon sus-épineux.

Le 26 octobre 2016, le Dr Z._____ a procédé à une nouvelle échographie de l'épaule droite, dont il est ressorti les résultats suivants :

« Le tendon du long chef du biceps est en place dans sa gouttière. Il est surligné par un volumineux épanchement.

Le tendon sous scapulaire est d'échostructure normale, sans signe de déchirure.

Le tendon sus épineux est le siège d'une déchirure transfixiante, complète, de la moitié antérieure, avec une rétractation du moignon tendineux à environ 1,5 cm du trochiter.

Tendon infra épineux montrant quelques troubles dégénératifs. ».

Une arthro-IRM du 17 novembre 2016 a confirmé une rupture transfixiante du tendon du sus-épineux, une déchirure partielle du tiers supérieur du tendon subscapulaire, une tendinose fissuraire profonde du

sous-épineux ainsi qu'une involution musculaire grasseuse associée à une nette diminution de la trophicité charnue du muscle sus-épineux.

Le 13 décembre 2016, le Dr Z._____ a constaté un épanchement du genou droit, d'origine inconnue.

Le 1^{er} février 2017, l'assurée a bénéficié d'une réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite par arthroscopie, pratiquée par le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. S'en est suivie une incapacité de travail de 100% .

Le 23 mars 2017, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en raison des atteintes persistant à son épaule droite.

Interpellée par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), l'assurée a indiqué le 5 avril 2017 que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait en qualité de coiffeuse à 100%, depuis 1978, par passion.

Dans un rapport du 4 avril 2017 à l'attention de l'OAI, le Dr J._____ a posé le diagnostic de lésion massive de la coiffe des rotateurs droits. Il a fait état d'une évolution lentement favorable ensuite de l'intervention chirurgicale et a estimé qu'on pouvait s'attendre à une reprise du travail à 100% dès le 6^{ème} mois post-opératoire.

Dans une proposition de décision de principe du 13 février 2018, l'OAI s'est prononcé en ces termes :

« Suite à notre évaluation, nous mettons en place une MIP (mesure d'intervention précoce) suivi[e] de reprise. L'assurée ambidextre pensait retrouver toute sa capacité en septembre/octobre 2017. Entre temps, elle a pu engager des employées pour faire tourner son commerce.

En octobre 2017, la reprise de capacité de travail n'est que de 20%. Il semble que ses médecins constatent une mauvaise mobilité. De plus, l'épaule G [gauche] est aussi atteinte en raison de la compensation. Actuellement à 20% de capacité, elle ne peut faire que des coupes. Ce sont ses employées à 100% + à 51% qui

assurent l'activité. Son orthopédiste envisage une opération de l'épaule G [gauche] également.

Les pronostics ne sont pas bons du tout. La capacité de travail n'est pas encore stabilisée. Il semble que l'activité habituelle ne soit plus possible. Etant donné la situation de l'assurée, il s'agit de demander un nouveau RM [rapport médical] pour faire le point de situation auprès de son orthopédiste Dr Z. _____ et de le soumettre au SMR pour définir l'exigibilité. De plus, il s'agit d'ouvrir un mandat auprès de nos collègues enquêteur[s] indépendant[s] pour déterminer le RS [revenu sans invalidité] de l'assurée. Pour info à nos collègues, il semble que W. _____ soit en possession de tous ses bilans. Elle se tient à disposition pour toute information ou copie de document.

Aucune autre mesure ne peut être mise en place. Fin de la période d'intervention précoce. Vous pourrez me réattribuer le dossier le cas échéant. »

Par communication du même jour, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place des mesures d'intervention précoce, ni des mesures d'ordre professionnel.

Dans un courrier du 27 novembre 2018 au médecin traitant de l'assurée, le Dr G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'assurée connaissait dorénavant également des douleurs à l'épaule gauche, en raison des efforts de compensation, ainsi que des douleurs au genou droit, pour lesquelles elle avait déjà subi deux ponctions. L'examen radiologique des genoux avait mis en évidence un pincement fémoro-tibial interne modéré des deux côtés et un pincement fémoro-tibial externe droit « +++ » au schuss.

Une arthro-IRM de l'épaule gauche du 9 janvier 2019 ordonnée par le Dr G. _____ a mis en évidence une large déchirure transfixiante du tendon supra-épineux sans répercussion musculaire significative.

Le 29 janvier 2019, l'assurée a bénéficié d'une réparation par arthroscopie de l'épaule gauche pratiquée par le Dr G. _____, à la suite de quoi elle a présenté une incapacité de travail de 100%.

Dans un avis du 28 mars 2019, le Dr D. _____, médecin auprès de Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a indiqué qu'il

était dans l'impossibilité de se prononcer sur les limitations fonctionnelles, aucun élément médical pertinent n'ayant été versé au dossier depuis plus d'une année, ni aucune information relative à la dernière opération. Il a donc sollicité l'actualisation du dossier médical.

Dans un rapport du 29 avril 2019 au SMR, le Dr Z. _____ a posé les diagnostics de status post réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche le 29 janvier 2019, de status post réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite en février 2017 et de gonarthrose droite. Le médecin a précisé que l'assurée gardait une épaule gauche raide depuis l'intervention. Du côté droit, l'évolution était favorable mais néanmoins marquée par la persistance de douleurs notamment lorsqu'elle sollicite trop ses épaules. La gonarthrose était quant à elle relativement bien contrôlée par des infiltrations une fois par an, le Dr Z. _____ spécifiant toutefois que ledit genou resterait une problématique pour la suite. Le chirurgien a estimé que l'incapacité de travail pour les suites de l'arthroscopie de l'épaule gauche se prolongerait encore au minimum 6 mois, délai à l'issue duquel il persisterait des limitations fonctionnelles des membres supérieurs, qui empêcheraient la reprise de l'activité habituelle à plein temps. Le Dr Z. _____ estimait que, théoriquement, dans une activité adaptée, sédentaire et assise derrière un bureau, l'assurée pourrait travailler à 100%. Cette perspective lui paraissait toutefois difficilement réalisable, compte tenu de la formation de l'intéressée.

Dans un rapport du 8 août 2019, le Dr G. _____ s'est déterminé en ces termes :

« (...)

Radiologiquement, l'arthro-IMR de l'épaule droite (réd. : du 18 juillet 2019) a mis en évidence une re-déchirure étendue de la coiffe des rotateurs (cf. description).

L'IRM du genou droit (réd. : du 11 juillet 2019) montre un épanchement intra-articulaire de faible abondance, sans plica ni corps libre intra-articulaire. Petite rupture radiaire partielle intéressant le segment postérieur du ménisque interne associée à une méniscope de son segment moyen.

Aspect extrêmement dégénératif et aminci du ménisque externe, plus particulièrement sur son segment moyen, légèrement extrus. Chondropathie de grade 4 du versant fémoral de l'articulation fémoro-tibiale médiale. Chondropathie de grade 4 du versant tibial et chondropathie de grade 3 importante du sommet de la crête

patellaire et chondropathie de grade 2 de la trochlée patellaire. Intégrité des ligaments collatéraux et des ligaments croisés. Petite formation kystique poly-lobulée insertionnelle du muscle gastrocnémien latéral.

Discussion : Lorsque la patiente vient pour les résultats de ces examens, je lui donne des explications sur les 2 IRM. Pour l'épaule droite, la patiente est très handicapée par les douleurs. Elle me demande ce qu'il faut faire, je lui dis qu'il faut faire à peu près la même chose que l'on a fait à gauche. Néanmoins, il faudrait attendre que son épaule gauche aille bien, donc probablement en fin d'année.

En ce qui concerne le genou, le problème principal est l'arthrose. Comme elle est jeune, il faudrait éviter de mettre une prothèse totale du genou trop vite.

Il est clair qu'avec ses problèmes aux 2 épaules, elle ne peut pas travailler en tant que coiffeuse.

Attitude : Il faut qu'elle continue la physiothérapie pour l'épaule gauche et qu'elle en fasse pour le genou droit. Elle reste à l'arrêt de travail à 100% ».

Aux termes d'un avis du SMR du 6 septembre 2019, le Dr D. _____ a retenu que l'assurée présentait une incapacité de travail durable de 100% depuis juillet 2016, que sa capacité de travail dans son activité habituelle restait nulle mais qu'elle était apte à la réadaptation en tout cas depuis avril 2019. En cas de nouvelle opération de l'épaule droite, l'assurée subirait un arrêt de travail de plusieurs semaines, mais à terme, elle récupérerait une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Au titre des limitations fonctionnelles, le Dr D. _____ a retenu que l'assurée ne devait pas exercer d'activités les bras au-dessus de l'horizontal ni celles impliquant des mouvements très répétitifs et/ou de force avec les épaules. De même, elle devait éviter la marche en terrain irrégulier et les positions debout prolongées.

Le 10 octobre 2019, l'OAI est entré en possession d'un rapport du Dr G. _____ du 7 octobre 2019 indiquant que l'assurée devait être opérée de l'épaule droite, probablement en janvier 2020.

A l'issue d'une évaluation économique pour indépendants du 25 novembre 2019, l'OAI a retenu qu'un changement d'activité était exigible et que le revenu sans invalidité de l'assurée s'élèverait à 44'533 francs.

Dans un rapport final du 9 décembre 2019, la division réadaptation de l'OAI a retenu qu'au vu de la situation de l'assurée, singulièrement de son âge, son niveau de formation et ses revenus, le droit à un reclassement ne se justifiait pas et que seule une aide au placement pouvait lui être proposée.

Par projet de décision du 16 janvier 2020, l'OAI a signifié à l'assurée son intention de lui accorder une rente d'invalidité entière limitée dans le temps, couvrant la période du 1^{er} septembre 2017 au 30 juin 2019. L'office a considéré que dès le mois d'avril 2019, l'intéressée avait recouvré une capacité de travail entière dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles retenues par le SMR. Procédant à la comparaison des revenus avec et sans invalidité, l'office a retenu que, sans atteinte à la santé, l'assurée aurait pu réaliser un revenu de 44'533 fr. dans son activité indépendante, alors que compte tenu de son état de santé actuel, sa perspective de gain dans une activité adaptée s'élevait à 47'046 fr. 50, après un abattement de 15% justifié par ses limitations fonctionnelles, son âge et ses années de service. L'assurée ne subissant pas de préjudice économique imputable à ses atteintes à la santé dès le mois d'avril 2019, elle ne pouvait pas prétendre à l'octroi d'une rente d'invalidité au-delà du 30 juin 2019.

Par communication du même jour, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une aide au placement, à laquelle l'intéressée a renoncé le 4 février 2019, au motif qu'une nouvelle intervention chirurgicale à l'épaule droite était prévue le 16 mars 2020.

Le 4 février 2020, la recourante a fait part de ses objections au projet de décision, qui ont été complétées le 30 mars 2020 par Me Vincent Brulhart. Relevant qu'elle a subi une opération à l'épaule gauche le 29 janvier 2019, dont la récupération était lente et problématique, et qu'une nouvelle intervention à l'épaule droite avait été reportée en raison de la situation sanitaire liée au Covid-19, elle a contesté qu'on puisse d'ores et déjà considérer qu'elle avait recouvré une pleine capacité de travail dès

avril 2019. Elle a sollicité une évaluation de ses capacités fonctionnelles, qui devrait également inclure les limitations affectant ses genoux. L'assurée a joint à son courrier un certificat du Dr G. _____ attestant une incapacité de travail de 100%, une présence administrative au travail étant admise.

Par courrier du 30 avril 2020, l'OAI a signifié à l'assurée qu'en l'absence d'éléments nouveaux justifiant une aggravation de son état de santé, il lui notifierait prochainement une décision formelle.

Le 26 mai 2020, l'assurée a transmis à l'OAI un certificat du Dr G. _____ du 20 mai 2020, selon lequel sa patiente était 100% à l'arrêt de travail depuis le 29 janvier 2019, qu'elle avait assumé une présence uniquement administrative dans son salon de coiffure durant les mois qui avaient suivi, qu'elle avait ensuite pu recommencer à coiffer à 20% depuis le 3 décembre 2019, puis à 50% dès le 4 mai 2020. Le Dr G. _____ a précisé qu'une intervention chirurgicale à l'épaule droite était toujours en attente d'être programmée, que l'assurée n'avait jamais cessé le traitement de physiothérapie pour ses épaules et qu'elle avait également fait des séances pour son genou droit.

Par décision du 27 mai 2020, adressée à l'assurée, l'OAI a confirmé son projet de décision et a accordé une rente d'invalidité entière limitée à la période du 1^{er} septembre 2017 au 30 juin 2019, estimant que dès avril 2019, l'intéressée avait récupéré une capacité de travail entière dans une activité adaptée, et que les revenus qu'elle était susceptible de réaliser dans ce cadre ne laissaient pas subsister de préjudice économique.

Le 28 mai 2020, l'OAI a indiqué à l'assurée que le rapport du Dr G. _____ du 20 mai 2020 ne conduisait pas à une solution différente que celle envisagée, d'où la notification imminente d'une décision.

B. Par acte du 25 juin 2020, L. _____, toujours représentée par Me Vincent Brulhart, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales

du Tribunal cantonal contre la décision du 27 mai 2020, dont elle a conclu à l'annulation, suivie du renvoi de la cause à l'autorité intimée pour instruction complémentaire. Sur le plan formel, la recourante fait valoir une notification irrégulière de la décision contestée, celle-ci lui ayant été adressée directement, alors que son mandataire était déjà connu de l'OAI. Elle déplore en outre que le courrier du 30 avril 2020 de l'intimé annonce une annexe qu'il ne contenait pas. Elle conteste encore le versement immédiat d'une part des rentes arriérées à W._____, ainsi que la compensation d'une autre part avec des cotisations AVS en souffrance, dont elle conteste l'existence. Sur le fond, la recourante fait grief à l'intimé d'avoir insuffisamment instruit son dossier, considérant que les avis du SMR sur lesquels l'OAI a fondé sa décision, par trop sommaires, ne sont pas probants. Retenant que l'opération de son épaule droite est susceptible d'apporter une nouvelle amélioration de sa capacité de travail, elle estime qu'il convient d'en attendre le résultat, de soumettre ensuite son dossier à une nouvelle appréciation médicale avant de se prononcer sur son éventuelle obligation de changer de profession et l'exigibilité dans une activité adaptée.

Dans une réponse du 17 septembre 2020, l'OAI a indiqué que l'annexe faisant défaut à son courrier du 30 avril 2020 était la motivation de sa décision, destinée en réalité à la caisse de compensation AVS. Il a joint à sa réponse une détermination de la Caisse AVS X._____ (ci-après : la Caisse AVS) du 25 septembre 2020 ainsi qu'un avis du SMR du 21 août 2020, dont il ressort qu'au vu des éléments au dossier, il est médicalement impossible de confirmer que la capacité de travail de la recourante était de 100% depuis avril 2019, le Dr D._____ préconisant de solliciter l'appréciation des orthopédistes traitants ou de procéder à un complément d'instruction par expertise.

Par réplique du 17 novembre 2020, la recourante a pris acte du fait que l'OAI reconnaissait dorénavant qu'il était médicalement impossible de confirmer que sa capacité de travail était de 100% depuis avril 2019 et a maintenu 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. Dans un premier grief d'ordre formel, la recourante se plaint d'une notification irrégulière de la décision entreprise, qui lui a été adressée directement, alors qu'elle agissait par le biais d'un mandataire dûment annoncé à l'intimé.

Si la décision du 27 mai 2020 a effectivement été adressée à la recourante personnellement, alors que son mandataire était déjà intervenu auprès de l'OAI, la notification, certes irrégulière, a malgré cela pu atteindre son but. L'intéressée a été en mesure de transmettre le document à son avocat à brève échéance et son acte de recours a été déposé en temps utile. La recourante n'a dès lors subi aucun préjudice du fait de l'irrégularité dénoncée, de sorte qu'elle ne saurait s'en prévaloir (art. 49 al. 3 LPGA ; ATF 134 V 145 consid. 3.2 ; TF 9C_646/2017 du 9 mars 2018 consid. 4.2 et réf. cit.).

3. Dans la même mesure, la recourante ne peut retirer aucun droit du fait que le courrier de l'OAI du 30 avril 2020 annonce une annexe

qui n'y était pas jointe et indique faire partie intégrante d'une décision qui n'a été notifiée qu'ultérieurement. Dans sa réponse au recours, l'intimé indique que l'annexe litigieuse était en réalité la motivation de la décision formelle à venir, qui a été adressée à la Caisse AVS, en vue de la notification de la décision du 27 mai 2020, comme il est d'usage. Si le courrier du 30 avril 2020 souffre en effet d'imprécisions, il ne s'agissait que d'une lettre explicative, par laquelle l'OAI renseignait l'intéressée sur les raisons pour lesquelles ses objections au projet de décision n'avaient pas pu conduire à un résultat différent de celui annoncé. Dès lors que l'assurée en a eu connaissance et qu'elle a reçu dans un second temps la décision du 27 mai 2020 accompagnée de sa motivation, elle n'a nullement été préteritée. A réception de la décision entreprise, elle était en possession de tous les éléments utiles à sa contestation, ce qu'elle a d'ailleurs fait.

4. a) La recourante ne conteste pas la décision litigieuse en ce qu'elle lui accorde le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2017 au 30 juin 2019. Il n'y a pas lieu d'examiner plus avant cet aspect, qui ne prête pas flanc à la critique. On relèvera à cet égard que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI). S'il veut préserver tous ses droits, l'assuré doit ainsi déposer une demande à l'AI au tard six mois après la survenance de son incapacité de gain. S'il le fait plus tard, il perd son droit pour tous les mois de retard (Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), Schulthess 2018, p. 483 n° 3). Dans le cas d'espèce, l'assurée a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% dès le jour de son accident, le 4 juin 2016. Dès lors qu'elle n'a déposé sa demande de prestations auprès de l'OAI que 23 mars 2017, son droit à une rente ne peut prendre effet qu'au 1^{er} septembre 2017.

b) En lien avec les rentes accordées, la recourante conteste le fait que l'intimé a d'ores et déjà versé à W._____ la part des rentes arriérées qui lui revient, alors que la décision du 27 mai 2020 n'est pas encore entrée en force. L'OAI a expliqué à cet égard, en se référant à une

détermination du 25 septembre 2020 de la Caisse AVS, que les assurances qui ont avancé des indemnités journalières peuvent prétendre qu'on leur verse l'arriéré de rentes en compensation de leurs avances. La Caisse AVS précise qu'elle procède à la gestion de l'arriéré de rentes sans attendre l'entrée en force de la décision, afin que les assurés puissent recevoir à bref délai le solde du rétroactif qui leur revient.

En vertu de l'art. 22 al. 2 LPGA, les prestations accordées rétroactivement par l'assureur social peuvent être cédées à l'employeur ou à une institution d'aide sociale publique ou privée dans la mesure où ceux-ci ont consenti à des avances (let. a), ainsi qu'à l'assureur qui a pris provisoirement à sa charge les prestations (let. b).

Selon la jurisprudence, le point de savoir si, et le cas échéant dans quelle mesure, un assureur qui a pris en charge provisoirement des prestations dispose d'une créance en restitution à l'encontre de l'assuré doit, en cas de litige, être tranché dans une procédure opposant l'assurance et l'assuré; celui-ci doit contester le principe de la restitution et, le cas échéant, l'étendue de celle-ci directement auprès de l'assureur concerné. La décision de l'office AI sur le paiement direct à l'assureur ne concerne que les modalités du versement, de sorte qu'elle ne déploie aucune force de chose décidée en ce qui concerne le bien-fondé et le montant de la créance en restitution de l'assurance (consid. 4.3 de l'arrêt 4A_24/2012 du 30 mai 2012, non publié in ATF 138 III 411; TF 9C_287/2014 du 16 juin 2014, consid. 2.2 et les références citées).

Il résulte de ce qui précède que la conclusion de la recourante relative aux modalités de remboursement de la prétention en restitution de W._____ est irrecevable, dans la mesure où elle sort de l'objet de la présente procédure.

c) La recourante conteste également la compensation d'une partie des rentes arriérées avec des cotisations AVS en souffrance, pour un montant de 1'083 fr. 30, au motif qu'elle n'aurait pas de retard dans le paiement de ses cotisations.

La compensation entre des rentes d'invalidité échues et des créances découlant de la loi sur l'assurance-vieillesse et survivants est prévue par la loi (art. 20 al. 2 LAVS [loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10] et 50 al. 1 LAI). Les caisses de compensation fixent par décision les cotisations dues pour chaque année (art. 25 al. 1 RAVS [règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.101]).

Dans le cas d'espèce, la Caisse AVS a fait valoir une compensation avec des cotisations impayées entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 2020, soit 1'083 francs. Selon la jurisprudence, les objections contre le montant de la créance amenée en compensation ne peuvent pas être soulevées dans la procédure devant les offices AI. Ces contestations doivent être dirigées directement contre l'organisme qui a fait valoir la compensation, de sorte que la décision de compensation ne nécessite pas d'être motivée davantage (TF 9C_225/2014 du 10 juillet 2014, consid. 3.3.1 ; Michel Valterio op. cit, p. 693 n° 12). En conséquence, le grief tendant à contester l'existence d'un arriéré de cotisations AVS n'est pas recevable en l'état.

5. La recourante conteste le refus de rente d'invalidité pour la période courant dès le 1^{er} juillet 2019. Est ainsi singulièrement litigieuse la question de savoir si elle a présenté, dès le mois d'avril 2019 (cf. l'art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], cf. consid. 3b infra), une amélioration notable et durable de son état de santé, de nature à réviser la rente octroyée jusqu'alors, dans le sens de sa suppression.

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 4 al. 1 LAI). Constitue une 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 est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

b) Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (cf. ATF 131 V 164 consid. 2.2, 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue

période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre.

6. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

7. A l'appui de sa contestation, la recourante soutient que l'avis du SMR sur lequel s'est fondé l'OAI pour conclure à une pleine exigibilité dans une activité adaptée dès avril 2019 et mettre fin au droit à la rente d'invalidité à fin juin 2019 n'est pas suffisamment probant. Elle fait valoir qu'elle connaît encore des douleurs, que la reprise chirurgicale de son épaule droite a dû être reportée en raison de la crise sanitaire liée au Covid-19, et qu'il ne peut donc être valablement mis fin au versement de sa rente d'invalidité à la fin juin 2019.

Dans son avis du 6 septembre 2019, le Dr D._____ a retenu que l'assurée était apte à la réadaptation en tout cas depuis avril 2019. S'il ne se prononce pas spécifiquement sur la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, on peut supposer qu'il estime qu'une telle capacité correspond à l'aptitude à la réadaptation. Le Dr D._____ a en

autre retenu que même si l'assurée devait prochainement être opérée de l'épaule droite, elle récupérerait à terme une capacité de travail entière, à l'issue de quelques semaines d'incapacité de travail.

Dans son précédent avis du 28 mars 2019, le Dr D._____ s'était déclaré dans l'impossibilité de se prononcer, faute d'être en possession d'un dossier médical complet. Entretemps il est entré en possession d'un rapport du 29 avril 2019 du DZ._____ et d'un rapport du 8 août 2019 du Dr G._____. Le Dr Z._____ a attesté la prolongation de l'incapacité de travail à 100% des suites de l'arthroscopie du 29 janvier 2019 durant au moins six mois supplémentaires, ce qui devait conduire à la fin octobre 2019. Il a certes attesté une pleine capacité, qu'il a qualifiée de théorique, dans une activité adaptée, mais n'a pas précisé à partir de quelle date cette exigibilité s'imposait : immédiatement ou à l'issue de l'incapacité de travail de six mois. De son côté, le Dr G._____ a indiqué que l'état de l'épaule droite nécessitait une nouvelle intervention chirurgicale, à fixer lorsque la récupération de l'épaule gauche serait suffisante, soit en fin d'année 2019. Il a attesté la poursuite de l'incapacité de travail jusque-là.

Dans son avis du 21 mai 2020 fondant la réponse de l'intimé au recours, le Dr D._____ a indiqué qu'au vu du nombre très restreint d'informations médicales à disposition depuis son dernier avis, du retard dans la programmation de l'intervention chirurgicale de l'épaule (réd. : droite) et de l'absence d'évaluation médicale de la capacité de travail dans une activité adaptée depuis le rapport du 29 avril 2019 (du Dr Z._____), il considérait comme médicalement impossible de confirmer que dite capacité était de 100% depuis avril 2019. Cela étant, il a préconisé un complément d'instruction, soit en sollicitant l'appréciation des spécialistes en charge du suivi de la recourante, soit en mettant en œuvre une expertise.

Cette appréciation est convaincante. Les éléments au dossier ne suffisent pas à trancher valablement la question du droit à la rente de la recourante au-delà du 30 juin 2019. En sus des considérations

soulevées par le Dr D._____, la Cour s'étonne du fait que le dossier de l'intimé ne contient aucun rapport du médecin traitant (le Dr [...]), alors qu'il ressort du rapport du Dr G._____ du 2 février 2019 que la recourante souffre de comorbidités non-orthopédiques. L'instruction menée par l'intimé, essentiellement calquée sur celle de l'assureur-accidents, ne s'est intéressée qu'aux aspects orthopédiques, sans se pencher sur les éventuels effets d'autres comorbidités sur la capacité de travail de l'assurée, ses limitations fonctionnelles ainsi que son rendement.

8. Compte tenu de l'âge de la recourante, il appartenait également à l'OAI d'examiner s'il pouvait être exigé d'elle qu'elle se réadapte par elle-même.

a) La réadaptation par soi-même est en effet un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation.

La jurisprudence considère cependant qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cette jurisprudence qui est également applicable lorsque l'on statue sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente (ATF 145 V 209 consid. 5), ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente. Dans de telles situations, l'office de l'assurance-invalidité doit vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en oeuvre de mesures d'ordre professionnel, même si ce dernier a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste.

En d'autres termes, l'office doit vérifier si la capacité de travail résiduelle médico-théorique permet d'inférer sans autres démarches une amélioration de la capacité de gain ou s'il est nécessaire au préalable de mettre en œuvre une mesure d'observation professionnelle et/ou des mesures légales de réadaptation (cf. TF 9C_276/2020 du 18 décembre 2021, consid. 6 ; 9C_227/2020 du 5 octobre 2020 consid. 2.2, 9C_304/2020 du 8 juillet 2020 consid. 3 et les références citées).

b) En l'espèce, la recourante, née le [...], avait 55 ans révolus tant au moment où l'OAI lui a reconnu le droit à une rente limitée dans le temps (le 27 mai 2020), que lors de la suppression du droit à cette prestation (fin juin 2019). Cela faisait au demeurant plus de 20 ans qu'elle était coiffeuse indépendante. Elle a donc droit à ce que son besoin de mesures de réadaptation soit spécifiquement examiné avant la suppression de sa rente. Cet examen n'a pas été effectué par l'intimé, dont la décision ne contient aucune constatation sur l'exigibilité d'une réadaptation par soi-même selon les règles spécifiques qui s'appliquent aux assurés âgés de 55 ans révolus. Sur ce point également, le dossier de l'intimé est incomplet et ne permet pas de statuer en toute connaissance de cause sur la suppression de la rente d'invalidité au 30 juin 2019.

9. Il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité pour la période courant dès le 1^{er} juillet 2019. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'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 LPGa).

Il appartiendra à l'intimé d'actualiser le dossier médical, tant auprès du médecin traitant de l'assurée que des spécialistes orthopédistes et en réadaptation qui la suivent. Il déterminera, sur la base des éléments versés au dossier, si la mise en œuvre d'une expertise est nécessaire pour se prononcer valablement sur le degré d'invalidité de la recourante ainsi

que ses limitations fonctionnelles. Dans le cadre de son examen, l'OAI n'omettra pas d'apprécier l'exigibilité sur la base de la situation médicale de l'assurée dans son ensemble, tenant compte de toutes ses pathologies, y compris l'atteinte au genou droit.

Une fois l'instruction dûment complétée au plan médical, il incombera encore à l'intimé d'examiner spécifiquement si la recourante peut se voir imposer l'obligation de se réadapter par elle-même.

10. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis, et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction dans le 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de l'office intimé, qui succombe (cf. art. 69 al. 1 LAI ; art. 49 al. 1 LPA VD).

c) La recourante qui obtient gain de cause avec l'assistance des services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]). Compte tenu de l'ensemble des circonstances, il convient de les arrêter à 2'000 francs.

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

- I. Le recours est admis, dans la mesure où il est recevable.
- II. La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 27 mai 2020 est annulée en ce qu'elle concerne le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité pour la période courant dès le 1^{er} juillet 2019, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. La décision entreprise est confirmée pour le surplus.
- III. Les frais de justice, 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 L. _____ 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 Vincent Brulhart (pour la recourante), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,

- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :