

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 mai 2024

Composition : M. WIEDLER, président
Mmes Berberat et Durussel, juges
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourante, représenté par Me Isabelle Jaques, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI ; art. 6, 7, 8 et 43 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. H._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], divorcée, coiffeuse de formation, bénéficiait durant l'année 2012 des indemnités de l'assurance-chômage. A compter du 1^{er} novembre 2012, elle a réalisé un gain intermédiaire en travaillant comme coiffeuse à 60 % auprès de C._____, à [...].

Le 17 décembre 2012, l'assurée a été renversée par une voiture sur un passage à piétons. Affectée de douleurs à la jambe droite, elle a été acheminée au M._____ où il a été constaté qu'elle souffrait d'une fracture de la jambe droite classification AO42-A2 et d'une fracture du tibia proximal droit type Schatzker II. Une intervention chirurgicale a été réalisée le 26 décembre 2012 au M._____, laquelle a consisté en une réduction ouverte et une ostéosynthèse de la diaphyse tibiale par plaque LCP [plaque de compression périprothétique] tibia distal 3.5/4.5, en une réduction ouverte et une ostéosynthèse du tibia proximal droit par une plaque LCP 4.5/5.0 tibia proximal latéral, ainsi qu'en une greffe osseuse au niveau du tibia proximal (cf. protocole opératoire du 28 décembre 2012).

L'assurée 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) le 8 janvier 2014. Elle indiquait souffrir d'une fracture à la jambe droite à la suite de son accident, précisant être en incapacité de travail totale depuis le 17 décembre 2012.

Entre autres mesures d'instruction, l'OAI s'est procuré une copie du dossier constitué par X._____, assurance-accidents de C._____. Y figuraient notamment :

- Un rapport médical du 8 mars 2013 du Dr T._____, médecin associé auprès du Service d'orthopédie et de traumatologie du M._____, qui posait les diagnostics de fracture de la jambe droite classification AO42-A2 et de fracture du tibia proximal droit type Schatzker II. L'assurée avait été hospitalisée au M._____ du 17

décembre 2012 au 4 janvier 2013. Son incapacité de travail était totale depuis l'accident et devait durer probablement quatre mois postopératoires.

- Un rapport médical du 17 juillet 2013 du Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui retenait le diagnostic sans incidence sur la capacité de travail de stress post-traumatique (F43.1).
- Un rapport médical du 28 octobre 2013 de la Dre K._____, médecin associée auprès du Service d'orthopédie et de traumatologie du M._____, laquelle posait le diagnostic de probable syndrome douloureux régional complexe du membre inférieur droit, le diagnostic de status post-accident de la voie publique le 17 décembre 2012 avec fracture du tibia droite type Schatzker II traitée par réduction ouverte et ostéosynthèse par plaque le 26 décembre 2012 et fracture du tibia proximal droit traitée par plaque LCP et greffe osseuse le 26 décembre 2012, ainsi que le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique. Elle relevait une légère amélioration sur le plan algique (évaluation de la douleur : 6-7/10 par rapport à 9/10 en juillet 2013), mais, sur le plan fonctionnel, la situation était en statu quo chez une patiente qui ne pouvait pas marcher dehors sans canne, en raison d'importantes douleurs dans le tiers inférieur de la jambe droite. Elle craignait comme dommage permanent une persistance des douleurs et une boiterie à la marche.

Dans un rapport médical du 18 février 2014, le Dr T._____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de fracture du tibia proximal droit Schatzker II traitée par réduction ouverte, greffe osseuse et ostéosynthèse, de fracture diaphysaire de la jambe droite traitée par réduction ouverte et ostéosynthèse par plaque datant du 17 décembre 2012, de probable syndrome douloureux régional complexe du membre inférieur droit sur un status post-fracture bifocale du tibia droit du 17 décembre 2012 et de syndrome de stress post-traumatique. Sur le plan algique, la douleur était estimée à 6/10 et empêchait l'assurée de charger complètement sur son membre inférieur droit. Le matériel

d'ostéosynthèse avait été retiré le 29 janvier 2014, soit récemment, de sorte que la possibilité d'une reprise de l'activité professionnelle devait être réévaluée par la suite. Pour l'heure, l'incapacité de travail de l'assurée était totale dans sa profession de coiffeuse depuis le 17 décembre 2013 (recte : 2012).

C._____ a rempli le questionnaire pour l'employeur le 21 février 2014 et a produit le contrat de travail de l'assurée signé le 1^{er} octobre 2012, dont il ressort qu'il était prévu qu'à la fin du temps d'essai, soit dès le 1^{er} avril 2013, l'intéressée devait être engagée à un taux de 100 %, pour un salaire annuel brut de 43'200 francs.

Dans un rapport médical du 7 mars 2014, à l'attention de l'assurance-accidents, le Dr T._____ a confirmé ses précédents diagnostics et a relevé que, pour l'heure, une reprise du travail n'était pas possible et qu'il fallait s'attendre à des séquelles à long terme, compte tenu de la persistance des douleurs chroniques, lesquelles étaient difficilement explicables par le status objectivable.

Par communication du 25 août 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était possible, sa situation médicale n'étant pas encore stabilisée et ne permettant pas la mise en œuvre de telles mesures.

Dans un rapport médical du 11 décembre 2014, la Dre K._____ a exposé que l'assurée avait séjourné dans le Service de rhumatologie du M._____ du 11 au 28 novembre 2014. Ce séjour avait pour but une thérapie physique et fonctionnelle de réhabilitation dans un contexte de syndrome douloureux chronique de la jambe droite. En effet, près de deux ans après l'accident, l'assurée était toujours incapable de mener une vie normale ni de reprendre son travail de coiffeuse, même à temps partiel, en raison de la persistance des douleurs au niveau du membre inférieur droit, douleurs qui présentaient un caractère mixte, mécanique et inflammatoire, et parfois insomniant. Lors de son séjour au M._____, l'intéressée avait bénéficié de séances de physiothérapie bi-

quotidiennes à sec et en piscine et de séances d'ergothérapie. Une IRM (imagerie par résonance magnétique) du genou avait également été réalisée le 27 novembre 2014. A l'issue du séjour, la médecin a posé les diagnostics suivants :

- Syndrome douloureux chronique du genou et de la jambe droite dans un contexte de
 - Status post AVP [accident de la voie publique] en décembre 2012 occasionnant une fracture bi-focale de la jambe droite avec
 - Fracture proximale du tibia type Schatzker II.
 - Fracture de la jambe droite classification AO 42 A2 (distale des 2 os de la jambe).
 - Status post réduction ouverte et ostéosynthèse de la diaphyse tibiale droite et du tibia proximal latéral droit par 2 plaques et greffes osseuses au niveau du tibia proximal, le 26.12.2012.
 - Status post ablation du matériel d'ostéosynthèse le 29.01.2014 (avec persistance d'une vis tibiale métaphysaire).
 - Status post syndrome douloureux régional complexe de la jambe droite (algoneurodystrophie).
 - Syndrome de stress post traumatique.
 - Fissure en bec de perroquet du segment intermédiaire du ménisque latéral (vue à l'IRM du genou du 27.11.2014).
 - Œdème peu étendu du condyle fémoral médial, probablement résiduel de l'algodystrophie (vu à l'IRM du genou du 27.11 2014).
 - Chondropathie fémoro-patellaire droite.

La Dre K._____ a relevé que le traitement intensif instauré durant les trois semaines d'hospitalisation n'avait pas eu l'effet escompté, l'assurée décrivant une absence d'amélioration des douleurs, voire une péjoration des symptômes, avec une intensité de la douleur passant de 6/10 en début d'hospitalisation à 8/10 en fin d'hospitalisation. Elle concluait à une incapacité de travail totale du 25 novembre au 31 décembre 2014, puis elle conseillait dès janvier 2015, une reprise à temps partiel (au début 20 %) avec augmentation progressive et dans une activité adaptée (sans rester debout longtemps).

Dans un rapport médical du 11 février 2015, la Dre K._____ a relevé que, depuis le début du mois de janvier, l'assurée était allée plusieurs fois sur son lieu de travail, mais qu'elle n'arrivait malheureusement pas à rester longtemps debout, ni à s'y rendre tous les jours, les douleurs étant fluctuantes. Elle a noté que l'assurée marchait correctement, bien que le volume de son genou était toujours important. Le traitement actuel consistait principalement en de la physiothérapie à

sec et en piscine. L'incapacité de travail était toujours totale, mais une reprise thérapeutique à raison de 2 heures maximum par jour était conseillée. Les éléments qui précèdent ont été repris par le Dr T. _____ dans un rapport médical du 31 mars 2015.

Le 20 février 2015, le Dr I. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a fait état de gonalgies droites importantes dont se plaignait l'assurée. Il a précisé qu'elle devait continuer de la physiothérapie et qu'il lui avait conseillé de reprendre son travail à temps partiel, ce qu'elle avait accepté. Il a relevé que ses limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas d'activité uniquement debout, pas d'activité exercée principalement en marchant (terrain irrégulier), pas de travail accroupi ou à genoux, ni de montée sur une échelle, un échafaudage ou des escaliers.

Le 26 mars 2015, l'assurée a été victime d'un nouvel accident. Elle a chuté de sa hauteur, entraînant une fracture du poignet droit.

Dans un rapport médical du 26 mai 2015, la Dre K. _____ a relevé, concernant le nouvel accident, que l'assurée avait été traitée conservatoirement par immobilisation plâtrée durant six semaines, avec physiothérapie de mobilisation. S'agissant des conséquences de l'accident de 2012, il n'y avait pas d'évolution favorable, l'assurée ressentant encore une douleur aiguë lancinante périrotulienne externe à la fatigue qui apparaissait surtout après un périmètre de marche de 15 à 20 minutes.

Le 15 septembre 2015, la Dre K. _____ a exposé que, trois ans après son accident de la voie publique, l'assurée présentait toujours des douleurs, surtout au niveau du genou droit. Cliniquement, ce genou présentait encore une tuméfaction antérieure sous-rotulienne, mais sans épanchement intra-articulaire. Les douleurs étaient de type neuropathique avec dysesthésies au toucher. L'assurée marchait sans boiterie sur une courte distance.

A la demande de l'assureur-accidents, les Drs W._____ et Q._____, spécialistes respectivement en chirurgie orthopédique et en psychiatrie-psychothérapie auprès du Z._____, ont établi le 15 juillet 2016 un rapport d'expertise pluridisciplinaire après avoir examiné l'assurée en dates des 21 janvier et 9 février 2016. Sur le plan psychique, les médecins sont arrivés à la conclusion que, lors de l'expertise, l'assurée ne présentait aucun trouble de cet ordre. Sur le plan orthopédique, les experts ont relevé ce qui suit :

« En conclusion, sur le plan orthopédique, Madame H._____ présente des douleurs suite à une fracture complexe de la jambe droite ; ces douleurs sont difficilement objectivables à l'examen clinique et par les examens complémentaires effectués.

Il n'est pas exclu qu'il y ait quelques phénomènes d'exagération liés, entre autres, au fait que Madame H._____ est victime, dans le cadre de son accident.

Mais des douleurs importantes d'origine pas toujours déterminée sont assez souvent relevées dans les suites de fracture de cette complexité.

En conséquence de quoi, il paraît effectivement raisonnable d'admettre que Madame H._____ ne peut plus s'adonner à son activité de coiffeuse qui nécessite qu'elle soit tout le temps debout, et, bien que nous ayons plus de peine à comprendre qu'elle ne puisse pas rester longtemps assise, nous pensons qu'une activité alternant les positions assises et debout, avec des déplacements de courte durée, doit lui permettre de retrouver une capacité pleine et entière ».

Dans un rapport du 26 septembre 2016, le Dr S._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu sur la base du rapport d'expertise du 15 juillet 2016 que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dès le 9 février 2016 dans une activité adaptée, tenant compte de ses limitations fonctionnelles, à savoir pas de station debout prolongée, des déplacements de courte durée uniquement, une activité permettant de varier les positions au gré de l'intéressée et pas de manipulations de charges lourdes (plus de 7 kg).

Par projet de décision du 7 novembre 2016, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il comptait lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 2014 au 31 mai 2016, soit trois mois après l'exigibilité médicale constatée. En effet, dès le 9 février 2016, bien qu'une totale incapacité de

travail soit maintenue dans son activité habituelle de coiffeuse, une pleine capacité de travail était reconnue dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles (pas de station debout prolongée, déplacements de courte durée, activité permettant de varier les positions au gré de l'intéressée, pas de manipulations de charges lourdes de plus de 7 kg). Pour déterminer le préjudice économique de l'assurée et par conséquent le degré d'invalidité présenté à partir du 9 février 2016, l'OAI a comparé le revenu qu'elle aurait pu obtenir en poursuivant son activité antérieure de coiffeuse à 100 % au revenu théorique statistique qu'elle pourrait obtenir dans une activité adaptée à son invalidité, auquel un abattement de 10 % a été opéré pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles. Il ressortait de cette comparaison que l'assurée ne subissait aucun préjudice économique dès le 9 février 2016, de sorte qu'elle n'avait pas droit à une rente ni à des mesures professionnelles à compter de cette date.

Par communication du même jour, l'OAI a accordé à l'assurée une aide au placement. Le 13 décembre 2016, l'assurée a refusé cette aide.

Par courrier du 14 novembre 2016, complété le 28 février 2017, l'assurée, représentée par Me Isabelle Jaques, s'est opposée au projet de décision du 7 novembre 2016 contestant la capacité de travail retenue et estimant que la cause n'avait pas été suffisamment instruite.

Dans un rapport médical du 1^{er} février 2017, le Dr N._____, psychiatre traitant de l'assurée, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail depuis 2009, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22). Il concluait à une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, mais estimait que l'assurée pouvait reprendre à un taux de 50 % au moins une activité tenant compte de ses limitations, c'est-à-dire une activité n'exigeant ni endurance, ni rapidité, ni adaptation permanente et n'impliquant pas de stress.

Le 28 février 2017, une IRM du genou droit et des radiographies des genoux de face en schuss et des jambes de face et profil ont été réalisées par la Dre L._____, dont les résultats ont été consignés dans deux rapports du même jour. Dans son rapport concernant l'IRM du genou droit, cette médecin a mis en évidence une gonarthrose droite débutante, sans œdème ou géode sous-chondrale, une chondropathie patellaire modérée, une arthrose péronéo-tibiale proximale, une déchirure du bord libre de la jonction corne antérieure-corps du ménisque externe et un petit kyste synovial de Baker.

Se fondant sur ce rapport d'IRM et sur deux examens cliniques de l'assurée, le Dr D._____, chirurgien orthopédique, a retenu, dans un rapport du 7 mars 2017, qu'en l'état, une incapacité de travail théorique de 50% lui paraissait justifiée sur le plan orthopédique pendant une phase de réinsertion, mais que le taux d'activité de l'assurée pourrait probablement être augmenté progressivement si une réinsertion professionnelle efficace était mise en place. L'incapacité de travail était à corrélérer avec une évaluation psychiatrique en cours. Le Dr D._____ relevait que la douleur sur la tête du péroné ressentie par l'assurée méritait d'être investiguée par une infiltration sélective sous CT (scanner) de l'articulation péronéo-tibiale et, si ces tests faisaient disparaître la douleur, elle pourrait être traitée par arthrodèse de cette articulation.

Dans un rapport médical du 21 avril 2017, le Dr N._____ a relevé que l'assurée présentait des décompensations anxieuses et dépressives, qu'elle était stressée pour des choses insignifiantes, qu'elle avait de la peine à gérer ses émotions, qu'elle souffrait de troubles de la concentration et d'attention et d'une importante fatigabilité en raison de la douleur et qu'elle présentait un ralentissement psychomoteur, ce qui rendait sa capacité de travail caduque.

Une infiltration sous CT de l'articulation tibio-péronière proximale droite a été réalisée le 20 septembre 2017.

Mandaté par l'assureur-accident, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a rendu le 29 mars 2018 un rapport d'expertise orthopédique. L'expert a posé les diagnostics de fracture complexe de la jambe droite avec atteinte du plateau tibial externe et de la jonction tiers moyen tiers inférieur du tibia et péroné (S82.70) le 17 décembre 2012, de status après réduction ouverte et ostéosynthèse le 26 décembre 2012 avec suites compliquées d'un probable CRPS [syndrome douloureux régional complexe], d'allodynie sur probable neuropathie cicatricielle de branches sensitives du nerf fibulaire commun (à préciser par examen neurologique avec ENMG [électro-neuro-myographie]) (S84.1) et d'arthrose tibio-fibulaire droite post traumatique (M19.1). Il a retenu que l'incapacité de travail actuelle était de 100 % dans une activité de coiffeuse exigeant la station debout prolongée. En revanche, il estimait que l'assurée pourrait vraisemblablement d'ores et déjà mettre en valeur une pleine capacité de travail sans limitation particulière de rendement dans une activité professionnelle légère, assise et permettant les alternances de position.

Interpellé par l'OAI, le Dr N._____ a indiqué le 27 septembre 2018 que l'état clinique de l'assurée, d'un point de vue psychologique, était, mise à part une très légère amélioration, superposable à celui ressortant de son rapport du 1^{er} février 2017.

Par avis médical du 14 novembre 2018, le Dr S._____ du SMR a maintenu la position retenue dans son rapport d'examen du 26 septembre 2016, celle-ci tenant compte de l'ensemble des empêchements somatiques et psychiques.

Dans un rapport de consultation du 21 janvier 2019, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie plastique reconstructive et esthétique, a indiqué que l'assurée présentait un syndrome douloureux complexe post-traumatique. Il a relevé que les infiltrations diagnostiques/thérapeutiques étaient négatives, en ce sens qu'elles n'avaient pas conduit à une amélioration des douleurs, bien qu'une composante neurogénique de la douleur restait probable. Il ne trouvait pas

d'indication à une chirurgie au niveau du système nerveux périphérique de l'assurée.

Le 13 février 2019, l'OAI a communiqué à l'assurée une prise de position, dans laquelle il se prévalait de l'avis médical du 14 novembre 2018 du SMR pour conclure que son projet de décision était bien fondé.

Par courrier du 21 février 2019, l'assurée a maintenu que l'instruction de la cause était incomplète, une nouvelle expertise médicale ayant d'ailleurs été ordonnée par l'assurance-accidents.

Le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a ainsi établi le 25 mars 2019, à la demande de l'assurance-accidents, un rapport d'expertise psychiatrique, dans lequel il a apprécié la capacité de travail de l'assurée de la manière suivante :

« Cela fait près de 7 ans que l'expertisée se trouve à l'arrêt de travail. Au moment de la présente évaluation, l'expertisée ne présentait pas/plus de trouble psychiatrique significatif. Sur le plan de l'évaluation fonctionnelle, l'expertisée paraît entièrement capable de fonctionner au quotidien. En ce qui concerne l'évaluation systématique de ses ressources : ses aptitudes à communiquer, ou de prendre des décisions et de jugement sont conservés. Il n'y a aucune atteinte touchant le fonctionnement cognitif. Elle a un bon contrôle des affects et des pulsions. Tout au plus peut-on constater : un sentiment d'injustice, une discrète diminution de l'endurance en lien avec une fatigue, ainsi qu'une diminution de la motivation. Ces éléments ne sont pas significativement perturbateurs dans son activité habituelle. En conclusion sa capacité de travail est totale, dans son activité habituelle ou tout autre activité tenant compte de son niveau de formation. »

Le 17 juin 2019, le Dr N._____ a établi à la demande de l'assurée un rapport médical dans lequel il motivait les diagnostics qu'il avait précédemment retenus, tout en expliquant les effets psychologiques des douleurs chroniques.

Par courrier du 1^{er} juillet 2019 à l'assureur-accident, l'assurée, se prévalant du rapport médical du 17 juin 2019 de son psychiatre traitant, a contesté l'expertise du Dr V._____, exposant que celui-ci n'analysait nullement l'impact des douleurs chroniques auxquelles elle

était sujette sur sa santé mentale, ni les épisodes de crise de douleurs aiguës qui entraînaient une décompensation psychique importante. Elle a sollicité que des questions complémentaires soient soumises à l'expert.

Le 15 juillet 2019, le Dr V._____ a répondu aux questions complémentaires de l'assurée en relevant en particulier, s'agissant de la douleur chronique, que son estimation restait subjective et que celle-ci avait une composante psychologique autant que sociale, et a maintenu l'ensemble des conclusions contenues dans son rapport d'expertise.

Par décision du 12 juin 2020, l'OAI a confirmé sur tous les points son projet de décision du 7 novembre 2016. Cette décision a été notifiée à l'assurée directement.

Par courrier du 13 juillet 2020, Me Isabelle Jaques a indiqué avoir pris connaissance de la décision du 12 juin 2020, laquelle n'avait pas valablement été notifiée, car l'OAI n'avait pas tenu compte de son mandat.

Le 3 août 2020, une nouvelle décision, avec une teneur identique à celle du 12 juin 2020, a été rendue par l'OAI et notifiée à Me Isabelle Jaques.

Le 24 août 2020, après avoir consulté le dossier de l'assurée, son avocate a transmis un courrier à l'OAI dont la teneur était la suivante :

« Je reviens à vous dans le cadre du dossier mentionné sous rubrique et vous remercie de m'avoir transmis une version actualisée du dossier de ma cliente.

En consultant dit dossier, j'ai constaté que le Service médical régional Suisse romande de l'Office AI (SMR) vous a remis un rapport médical le 12 décembre 2019 selon lequel : *« nous sommes vraisemblablement en présence d'une situation rare qui demande de considérer la douleur comme maladie avec toutes les difficultés inhérentes à son objectivation et quantification à des fins asséculoologiques »*.

Dans ce contexte, le SMR vous avait proposé *« d'obtenir un avis neurologique ou antalgique auprès d'un centre universitaire ou reconnu par son excellence »*.

A la lumière de cet avis, j'estime que l'instruction du dossier de ma cliente est incomplète et constitutive d'une violation de l'art. 43 LPGA.

En effet, la proposition d'obtenir un avis neurologique émanant du SMR, cette mesure d'instruction ne peut qu'être considérée comme étant une mesure d'instruction nécessaire. »

L'OAI a répondu le 4 septembre 2020 ce qui suit :

« Nous accusons réception de votre correspondance du 24 août 2020 qui a retenu notre meilleure attention.

Dès lors, nous avons pris connaissance l'appréciation du Dr R._____. A ce titre, nous vous informons que ce médecin, bien qu'il soit médecin du Service médical régional AI (SMR), est intervenu uniquement dans le cadre du recours contre tiers responsable. Raison pour laquelle cet avis ne figure pas dans notre dossier d'instruction AI.

Quoiqu'il en soit et dans la mesure où nous en avons pris connaissance, nous pouvons y prendre position.

Les douleurs dont souffre votre mandante ont été prises en compte lors de l'expertise orthopédique en 2018 et par l'appréciation du SMR. Malgré ces douleurs, il a été conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Les experts ont certes proposé une consultation neurologique, mais uniquement sur le plan thérapeutique. Ce traitement pourrait possiblement diminuer les douleurs, mais sans qu'il ait une incidence sur l'exigibilité de la capacité de travail retenue.

Dès lors, nous maintenons nos conclusions et la décision chiffrée n'est pas annulée ».

B. Toujours représentée par Me Isabelle Jaques, H._____ a recouru contre la décision de l'OAI du 3 août 2020 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 14 septembre 2020, concluant à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier à l'intimé afin qu'il mette en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire comportant des volets neurologique et neuropsychosomatique. En substance, elle a fait valoir que l'OAI n'avait pas instruit à satisfaction son dossier. Elle s'est prévalué également d'une violation de son droit d'être entendue. A l'appui de son recours, elle a notamment produit l'avis médical du 12 décembre 2019 du Dr R._____, médecin auprès du SMR, dont on extrait ce qui suit :

« Les douleurs de la jambe D [droite] sont présentes pratiquement depuis le post-opératoire immédiat et ont fait l'objet d'une hospitalisation pour le traitement dans le service de rhumatologie et réadaptation du M._____ en 2014, sans que l'on puisse arriver à une palliation satisfaisante. En page 19 de l'expertise de juillet 2016,

nous lisons : « *d'autre part, l'évaluation orthopédique n'exclut pas des douleurs, dont l'origine n'est pas forcément déterminée, dans les suites d'une telle fracture complexe...* ». Dans cette même expertise, l'attitude de l'assurée est décrite comme authentique et l'état algique récurrent a une influence sur les activités quotidiennes. Nous émettons l'hypothèse que les plaintes de l'assurée prennent partiellement ou intégralement leur origine d'une altération de la perception centrale de la douleur suite à l'accident de 2012, ce qui est compatible avec le diagnostic de SDCR (syndrome douloureux complexe régional), ancienne algodystrophie, entité nosologique qui expose à cette évolution.

Nous partageons la position des experts dans leur domaine de compétences, mais nous sommes vraisemblablement en présence d'une situation rare qui demande de considérer la douleur comme maladie avec toutes les difficultés inhérentes à son objectivation et quantification à des fins asséculogiques.

Pour cette raison, et afin de valider notre hypothèse formulée sur la base de notre ancienne expérience, nous proposons d'obtenir un avis neurologique ou antalgique auprès d'un centre universitaire ou reconnu par son excellence. »

Le même jour, la recourante a déposé une demande d'assistance judiciaire.

Par décision du 17 septembre 2020, la juge instructrice alors en charge du dossier a accordé l'assistance judiciaire à la recourante avec effet au 14 septembre 2020, en l'exonérant de frais et d'avance de frais, ainsi qu'en désignant Me Isabelle Jaques en qualité d'avocate d'office.

Par réponse du 22 octobre 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Dans son écriture, il a notamment indiqué ce qui suit :

« L'avis médical du Dr R. _____, daté du 12 décembre 2019 a été donné dans le dossier concernant l'action récursoire de l'AI contre le tiers responsable. Cette action récursoire est traitée non par l'OAI mais par le service de recours contre le tiers responsable du canton de Vaud géré par la Caisse cantonale vaudoise de compensation sur mandat de l'OFAS (v. art. 14 al. 1 OPGA). Ce service pose au SMR les questions médicales en lien avec les dossiers de recours provenant de notre office. L'avis médical dont il est question a donc été rédigé uniquement dans le cadre de la problématique des prétentions récursoires de l'AI contre le tiers responsable et non dans le but de définir le droit aux prestations de l'assurée à l'égard de notre assurance. C'est donc par erreur que ce document s'est trouvé dans le dossier AI de l'assurée ».

Par réplique du 17 novembre 2020, la recourante a persisté dans les conclusions prises au pied de son recours.

Par duplique du 9 décembre 2020, l'OAI a également réitéré ses conclusions.

Le 14 juin 2022, la recourante a produit les deux rapports médicaux suivants établis lors d'une hospitalisation auprès du Service de rhumatologie du M. _____ du 21 mars au 1^{er} avril 2022 dans le cadre d'un programme multimodal de la douleur :

- Un rapport médical du 2 mai 2022 de la Dre A. _____, cheffe de clinique auprès du Département de psychiatrie du M. _____, posant le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10), d'évolution chronique. Cette médecin a conclu qu'au vu de la sévérité et de la chronicité des symptômes, la capacité de travail de l'assurée était nulle.
- Un rapport du 25 avril 2022 du Prof. F. _____, chef du Service de rhumatologie du M. _____, lequel a retenu les diagnostics de gonalgie chronique au genou droit, de chondropathie grade II de la crête patellaire et de syndrome douloureux chronique secondaire. Il a par ailleurs relevé des évidences cliniques pour une neuropathie à petites fibres autour du genou affecté. Il a ainsi conclu que *« la patiente est physiquement limitée par les gonalgies qui sont déclenchées par la position debout, à la marche et au port de poids. En plus, elle ne supporte pas de postures statiques prolongées, même assise. Dans ce contexte la reprise de son métier original (la patiente est coiffeuse) est impossible. Une reconversion lui a été nié par l'AI dans le passé. Le trouble cognitif, en lien avec le trouble du sommeil et le syndrome douloureux chronique, représente une autre difficulté. Nous évaluons que la patiente pourrait travailler à un taux d'environ 50 %, une fois que ces limites seront respectées. »*

L'OAI s'est déterminé le 11 juillet 2022 sur ces nouvelles pièces en reprenant des éléments ressortant d'un rapport du 6 juillet 2022

de la Dre B._____ du SMR, laquelle concluait que, sur la base de l'ensemble des éléments médicaux au dossier, il n'existait aucun diagnostic objectivé par les éléments médicaux aussi bien au plan psychique que somatique, pouvant justifier une capacité de travail nulle dans toute activité depuis dix ans.

Le 25 novembre 2022, la recourante a notamment produit un certificat médical établi par la Dre A._____ le 24 novembre 2022 qui retenait le diagnostic principal de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) et les diagnostics secondaires d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11) et d'état de stress post-traumatique (F43.1). Cette médecin a conclu à une incapacité de travail totale.

L'OAI s'est déterminé le 7 décembre 2023 sur cette nouvelle pièce en reprenant des éléments ressortant d'un rapport du 20 novembre 2023 de la Dre B._____, qui mettait en évidence que, dans ses rapports des 2 mai 2022 et 24 novembre 2022, la Dre A._____ avait décrit le même tableau clinique, mais parvenait à des diagnostics différents sans explication. Le SMR relevait par ailleurs des discordances entre les constatations cliniques et les diagnostics posés le 24 novembre 2022 par cette médecin.

Le 26 février 2024, la recourante a déposé des observations et a produit un rapport médical établi le 14 février 2024 par le Dr Y._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, donnant des précisions sur les traits de personnalité et le diagnostic de modification durable après un traumatisme.

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), étant précisé que ce délai commence à courir le lendemain de la notification (art. 38 al. 1 LPGA). Les délais fixés en jours, comme le délai de recours, ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement, compte tenu des fêtes judiciaires estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA).

b/aa) Selon l'art. 37 LPGA, une partie peut, en tout temps, se faire représenter, à moins qu'elle ne doive agir personnellement, ou se faire assister, pour autant que l'urgence d'une enquête ne l'exclue pas (al. 1). Tant que la partie ne révoque pas la procuration, l'assureur adresse ses communications au mandataire (al. 3). Lorsqu'il reçoit personnellement une communication de l'assureur social, l'assuré représenté est ainsi en droit de penser que celle-ci est aussi parvenue à son représentant et qu'il peut s'abstenir d'agir personnellement (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4^e éd., Zurich 2020, n° 25 ad art. 37 LPGA).

La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour les parties (art. 49 al. 3, 3^{ème} phrase LPGA et 38 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021]). Cependant, la jurisprudence n'attache pas nécessairement la nullité à l'existence de vices dans la notification ; la protection des parties est suffisamment garantie lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité. Il y a donc lieu d'examiner, d'après les circonstances du cas concret, si la partie intéressée a réellement été induite en erreur par l'irrégularité de la notification et a, de ce fait, subi un préjudice. Il convient à cet égard de s'en tenir aux règles de la bonne foi qui imposent une limite à l'invocation du vice de forme (ATF 122 I 97 consid. 3a/aa ; ATF 111 V 149 consid. 4c ; TF C 196/00 du 10 mai 2001 consid. 3a). Cela signifie notamment qu'une décision, fût-elle notifiée de manière irrégulière, peut entrer en force si elle n'est pas déférée au juge dans un délai raisonnable (TF 9C_266/2020 du 24 novembre 2020

consid. 2.3 ; TF 9C_18/2016 du 7 octobre 2016 consid. 5.3.1 ; TF 8C_216/2012 du 5 avril 2013 consid. 3.1 ; TF 9C_296/2011 du 28 février 2012 consid. 5.1).

Le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser dans quel délai une partie est tenue d'attaquer une décision lorsque celle-ci n'est pas notifiée à son représentant – dont l'existence est connue de l'autorité –, mais directement en ses mains. Dans de telles situations, il a jugé que l'intéressé doit, en vertu de son devoir de diligence, se renseigner auprès de son mandataire de la suite donnée à son affaire au plus tard le dernier jour du délai de recours depuis la notification de la décision litigieuse, de sorte qu'il y a lieu de faire courir le délai de recours dès cette date (TF 9C_266/2020 précité consid. 2.3 ; TF 9C_18/2016 précité consid. 5.3.1 ; TF 9C_296/2011 précité consid. 5.1; TF 9C_85/2011 du 17 janvier 2012 consid. 6). Cette pratique a été confirmée à la lumière de la CEDH (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales 4 novembre 1950 ; RS 0.101) et de la LPGA (TF 9C_85/2011 précité consid. 4 à 6).

En cas de nouvelle notification, un nouveau délai de recours débute (ATF 115 la 12 consid. 4 ; TFA K 38/03 du 9 mars 2004 consid. 4.2), sauf si le délai de recours ordinaire précédent avait été correctement indiqué et s'est écoulé depuis lors (ATF 148 II 536 consid. 9.5.1 ; ATF 118 V 190 consid. 3.a).

bb) En l'occurrence, l'OAI a rendu le 12 juin 2020 une décision confirmant sur son projet de décision du 7 novembre 2016 qu'elle a notifiée uniquement à l'assurée, en violation de l'art. 37 al. 3 LPGA. Compte tenu de la jurisprudence précédemment exposée, le délai pour recourir contre cette décision doit être calculé à partir du moment où le vice a été réparé, c'est-à-dire lorsque la mandataire de la recourante a pris connaissance de la décision, mais au plus tard le trentième jour depuis la notification en mains de l'assurée de la décision litigieuse. On ignore quand la décision initiale a été notifiée à la recourante ni quand celle-ci en a informé son avocate. Quoi qu'il en soit, il est certain qu'en

date du 13 juillet 2020, lorsque Me Jaques a écrit à l'OAI pour se plaindre de la notification irrégulière, le délai de recours de 30 jours dès la notification en mains de l'assurée n'était pas échu. Faute d'éléments contraires au dossier, il convient dès lors de faire débiter le délai de recours contre la décision du 12 juin 2020, le jour suivant la réparation du vice entachant la notification irrégulière, soit le 14 juillet 2020. Ce délai, suspendu par les fêtes estivales, courait toujours lorsque l'OAI a notifié à Me Jaques sa décision du 12 juin 2020, mais dorénavant datée du 3 août 2020. Cette décision a été reçue par l'avocate le 10 août 2020, de sorte que le délai pour recourir a débuté à l'échéance des fêtes estivales, soit le 16 août 2020. En conséquence, le recours du 14 septembre 2020 a été déposé en temps utile, étant relevé qu'il est sans importance que la décision notifiée à Me Jaques porte une autre date que la décision initialement adressée à l'assurée, ce qui est déterminant est que leur contenu est identique et qu'il s'agit bel et bien d'une seule et même décision (cf. TFA K 38/03 précité consid. 4.3).

c) Pour le reste, déposé 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 des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 31 mai 2016.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit

éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

b) En l'occurrence, la décision litigieuse a été rendue en juin 2020 et fait suite à une demande de prestations déposée en janvier 2014 concernant une atteinte à la santé durable ayant débuté en novembre 2012, de sorte que le droit au versement de la rente existe depuis juillet 2014 (art. 29 LAI), ce qui ressort de la décision attaquée qui octroie une rente entière d'invalidité à la recourante du 1^{er} juillet 2014 au 31 mai 2016. Le droit à une rente est ainsi régi par les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, auxquelles il sera fait référence dans le cadre du présent arrêt.

4. Dans un grief de nature formelle, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendue, au motif que l'intimé aurait ignoré l'avis médical du 12 décembre 2019 du Dr R. _____ du SMR, l'aurait privée de la possibilité de se déterminer sur cet avis et n'aurait pas instruit son dossier à satisfaction en refusant de mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire comportant un volet neurologique/neuropsychosomatique.

a) Un tel grief doit être examiné en priorité, s'agissant d'une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 143 IV 380 consid. 1.4.1). A cet égard, la jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit de chacun de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3 ; ATF 141 V 557 consid. 3.1 et les références citées ; TF 9C_751/2018 du 16 avril 2019 consid. 2.2).

b) En l'occurrence, le moyen soulevé par la recourante s'agissant de l'instruction insuffisante du dossier se confond avec celui de violation du principe inquisitoire (art. 43 LPGA) et doit être examiné avec le fond du litige. Par ailleurs, la recourante a pu se déterminer sur l'avis médical du 12 décembre 2019 du Dr R. _____ du SMR et faire valoir ses moyens dans le cadre d'un double échange d'écritures devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui dispose d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; ATF 137 I 195 consid. 2.3.2). Ainsi, une hypothétique violation de son droit d'être entendue devrait en tous les cas être considérée comme réparée.

5. Il convient cependant d'examiner si c'est à juste titre que l'intimé a estimé qu'il était en droit de retrancher du dossier de la recourante l'avis médical du 12 décembre 2019 du Dr R. _____ du SMR.

a) Le devoir général de tenue des dossiers qui incombe aux autorités est le pendant – découlant de l'art. 29 al. 2 Cst. – du droit pour le justiciable de prendre connaissance du dossier et d'obtenir l'administration des preuves pertinentes. Toute autorité a ainsi l'obligation de tenir un dossier complet de la procédure, afin de permettre à toute personne concernée d'en prendre connaissance dans les meilleures conditions et, en cas de recours, de pouvoir le transmettre à l'autorité de recours. Elle est par conséquent tenue de consigner dans le dossier tous les éléments essentiels pour l'issue du litige. La garantie constitutionnelle à une tenue claire et ordonnée des dossiers oblige les autorités et les tribunaux à veiller au caractère complet de la documentation produite ou établie en cours de procédure. Dans le droit des assurances sociales, les art. 46 LPGA et 8 OPGA (ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11) concrétisent le devoir général de tenue des dossiers, en tant que ces dispositions imposent aux assureurs, lors de chaque procédure relevant des assurances sociales, d'enregistrer de manière systématique tous les documents qui peuvent être déterminants (ATF 138 V 218 consid. 8.1.2 et les références).

b) Pour pouvoir établir les faits et apprécier librement les preuves, le tribunal cantonal doit disposer de l'ensemble du dossier afin de pouvoir décider quels documents sont essentiels et lesquels ne le sont pas pour l'appréciation du cas litigieux. L'assureur ne saurait dès lors se contenter de produire les documents qu'il considère comme déterminants pour le cas d'espèce. L'assureur doit garantir que le dossier qu'il produit auprès des autorités ou du tribunal est complet. En d'autres termes, l'assureur doit pouvoir garantir que le droit constitutionnel inscrit à l'art. 29 al. 2 Cst., et concrétisé au niveau de la loi à l'art. 46 LPGA, est respecté (TF 8C_616/2013 du 28 janvier 2014 consid. 2.1 ; 8C_269/2009 du 13 novembre 2009 consid. 5.2.2 et les références ; Guy Longchamp, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 21 ad art. 46).

c) En l'occurrence, l'intimé a expliqué que l'avis du SMR du 12 décembre 2019 se trouvait par erreur dans le dossier lorsque l'avocate de la recourante l'a consulté en août 2020, car cet avis avait été rédigé uniquement pour servir dans le cadre des prétentions récursoires de l'AI contre le tiers responsable et non dans le but de définir le droit aux prestations de l'assurée. Il considère donc que cet avis n'aurait pas dû être porté à la connaissance de la recourante. Le raisonnement de l'OAI est insoutenable. L'avis médical du Dr R._____ contredit les précédents avis médicaux du SMR au dossier, en estimant que la cause n'est pas assez instruite et qu'une expertise neurologique est nécessaire. Il s'agit partant d'un avis déterminant dans le cadre de l'instruction de la cause de la recourante. Quoi qu'en dise l'intimé, on ne voit par ailleurs pas en quoi un diagnostic ou un avis médical serait pertinent dans le cadre d'une action récursoire de l'OAI, mais pas pour établir les atteintes dont souffre la recourante et ses limitations fonctionnelles en lien avec d'éventuelles prestations auxquelles elle aurait droit. L'avis du Dr R._____ ne pouvait donc pas être retiré du dossier de la recourante. Ce manquement ne porte toutefois pas à conséquence en l'espèce comme précédemment exposé, la recourante ayant pu prendre connaissance de cet avis médical et se déterminer sur celui-ci.

6. 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

d) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte - dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

aa) Pour un assuré qui exerçait une activité lucrative à plein temps avant d'être atteint dans sa santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution de ses possibilités de gain, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré ; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références citées) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; voir également TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in : SVR 2010 IV n° 11 p. 35).

bb) Pour un assuré qui n'exerçait pas d'activité lucrative avant d'être atteint dans sa santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'il en exerce une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure il est empêché d'accomplir ses travaux habituels ; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, en corrélation avec l'art. 8 al. 3 LPGA). Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance apportés aux proches (art. 27 al. 1 RAI ; 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 un assuré qui n'exerçait que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'il se consacrait en outre à ses travaux habituels au sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 ; voir par ailleurs ATF 131 V 51 consid. 5.1.2).

e) Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer, voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références citées).

f) En l'espèce, l'intimé a à juste titre fait application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus, retenant un statut d'actif

à plein temps. En effet, il ressort du contrat de travail signé le 1^{er} octobre 2012 par la recourante avec C. _____ que, si l'accident du 17 décembre 2012 n'avait pas eu lieu, elle aurait travaillé à 100 % à partir du 1^{er} avril 2013. Il n'est par ailleurs pas contesté par la recourante qu'en bonne santé, elle travaillerait à plein temps.

7. a) Pour 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).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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 ; ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 précité consid. 6.1.2 et les références citées).

c) En l'espèce, l'intimé a retenu que la capacité de travail de la recourante était nulle depuis son accident en décembre 2012 jusqu'au 8 février 2016. A partir du 9 février 2016, bien qu'une totale incapacité de travail persiste dans son activité habituelle de coiffeuse, une pleine capacité de travail est retenue dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles (pas de station debout prolongée, déplacements de courte durée, activité permettant de varier les positions au gré de l'intéressée, pas de manipulations de charges lourdes de plus de 7 kg). Pour arriver à ces conclusions, dans son projet de décision du 7 novembre 2016, l'OAI s'est fondé sur le rapport d'expertise bidisciplinaire psychiatrique et

orthopédique des Drs W._____ et Q._____ du Z._____ du 15 juillet 2016. Par la suite, le Dr J._____ a rendu un rapport d'expertise orthopédique le 29 mars 2018 et le Dr V._____ un rapport d'expertise psychiatrique du 25 mars 2019, complété le 15 juillet 2019, rapports qui, d'après l'OAI, confirment les constatations faites dans son projet de décision, de sorte qu'elle a confirmé celui-ci dans la décision attaquée.

d) Force est de constater que l'OAI a statué sur la base d'un dossier lacunaire.

Il est constant que la recourante a été victime d'un accident de la route le 17 décembre 2012 qui lui a notamment causé une fracture de la jambe droite classification AO42-A2 et une fracture du tibia proximal droit type Schatzker II, blessures qui ont nécessité une intervention chirurgicale en date du 26 décembre 2012. A la suite de cet accident, la recourante n'a cessé de ressentir des douleurs à la jambe droite, dont le caractère neurologique a été mis en évidence dans de nombreux rapports médicaux au dossier. En 2013 déjà, la Dre K._____ posait le diagnostic de probable syndrome douloureux régional complexe de la jambe droite (rapport médical du 28 octobre 2013), qu'elle a confirmé le 11 décembre 2014. Le Dr T._____ a posé le même diagnostic en février et mars 2014 (rapports médicaux des 18 février et 7 mars 2014). Le 15 septembre 2015, la Dre K._____ a à nouveau relevé que les douleurs étaient de type neuropathique avec dysesthésies au toucher. Dans son rapport d'expertise du 29 mars 2018, le Dr J._____ a, quant à lui, relevé que l'assurée souffrait d'un probable syndrome douloureux régional complexe des suites de sa fracture, ainsi que d'allodynie sur probable neuropathie cicatricielle de branches sensibles du nerf fibulaire commun, lequel devait être précisé par un examen neurologique avec électro-neuro-myographie. Le 21 janvier 2019, le Dr G._____ a également retenu que la recourante présentait un syndrome douloureux complexe post-traumatique, relevant en outre que les infiltrations diagnostiques/thérapeutiques étaient négatives, en ce sens qu'elles n'avaient pas conduit à une amélioration des douleurs, bien qu'une composante neurogénique de la douleur restât probable. Enfin, le Dr R._____, dans son avis médical du 12 décembre

2019, a retenu que les plaintes de la recourante prenaient partiellement ou intégralement leur origine dans une altération de la perception centrale de la douleur à la suite de l'accident de 2012, ce qui était compatible avec le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe. Il a précisé qu'il partageait la position des experts dans leurs domaines de compétences, mais qu'il s'agissait vraisemblablement d'une situation rare qui demandait de considérer la douleur comme une maladie avec toutes les difficultés inhérentes à son objectivation et sa quantification à des fins asséculo-logiques, raison pour laquelle il préconisait d'obtenir un avis neurologique ou antalgique auprès d'un centre universitaire ou reconnu pour son excellence.

La composante neurologique des douleurs ressenties par la recourante a été ainsi envisagée dans de nombreux avis médicaux au dossier, dont le Dr R. _____ du SMR, sans pour autant être investiguée. En l'état du dossier, l'intimé ne disposait donc pas des informations nécessaires pour évaluer les atteintes à la santé dont souffrait la recourante et leurs répercussions sur sa capacité de travail. Il sied en outre de relever que l'intimé n'a jamais mis en œuvre d'expertise depuis le dépôt de la demande de prestations en 2014, se référant aux diverses expertises mises en œuvre par l'assurance-accidents, lesquelles ne traitent toutefois que des atteintes en lien de causalité naturelle avec l'événement accidentel du 17 décembre 2012.

8. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration

doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Kieser, op. cit., n° 15 et 20 ad art. 43 LPGA).

c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés 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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

d) En l'occurrence, il s'impose d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'intimé, pour instruction complémentaire. Dans ce contexte, il lui incombera de mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire de la recourante, destinée à clarifier le tableau clinique présenté par cette dernière depuis décembre 2012, y compris d'un point de vue neurologique, voire neuropsychiatrique, afin d'avoir une appréciation médicale globale de l'évolution de l'état de santé de la recourante tenant compte des aspects qui doivent faire l'objet d'une instruction complémentaire. Une fois l'instruction complétée, il appartiendra à l'intimé de fixer le degré d'invalidité de la recourante sur la base de la méthode générale de comparaison des revenus.

9. **a)** En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision du 3 août 2020 de l'OAI annulée, la cause étant renvoyée à cette autorité pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Après examen de la liste des opérations déposée le 17 avril 2024 par Me Isabelle Jaques, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'800 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

d) La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RA) [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**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 3 août 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 et nouvelle décision.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six 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 H._____ une indemnité de 2'800 fr. (deux mille huit cents francs), à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Isabelle Jaques (pour la recourante),
- 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 :