

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 octobre 2021

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
MM. Neu et Piguet, juges
Greffière : Mme Parel

Cause pendante entre :

S._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 17 al. 1 LPGA ; 88a al. 2 RAI

E n f a i t :

A. A la suite d'un arrêt de l'ancien Tribunal des assurances du canton de Vaud du 30 juillet 2008 (TASS AI 161/08 - 276/2008), S. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) s'est vu reconnaître le droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} janvier 2007. Préalablement, les médecins du Centre hospitalier [...] (ci-après : le P. _____) avaient posé les diagnostics de pyélonéphrite bilatérale à répétition, d'extrophie vésicale congénitale, de status post-cystectomie et urétéro-sigmoïdostomie et de status après réimplantation des uretères dans une poche sigmoïdo-rectale, avec une capacité de travail évaluée à 50 % dans toute activité (cf. rapport du 3 janvier 2007 du Dr N. _____, chef de service *ad interim* au Service d'urologie du P. _____). Dans un rapport d'examen du 14 mai 2007, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) avait en outre retenu que les diagnostics précités avaient engendré des incapacités de travail décroissantes et ininterrompues depuis le 6 janvier 2006 et que, à l'échéance du délai d'attente d'une année, la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle d'éducatrice de la petite enfance et dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir l'asthénie liée aux infections récidivantes, était de 50 %.

B. Une procédure de révision d'office a été initiée par l'OAI au mois de septembre 2017 (cf. questionnaire pour la révision de la rente du 13 septembre 2017).

Par rapports des 27 novembre 2017 et 3 décembre 2018, la Dre U. _____, spécialiste en médecine interne générale, a signalé que l'assurée - laquelle travaillait à un taux de 55 % - présentait en particulier une fatigue chronique, des gonalgies bilatérales (depuis 2003 à gauche et 2005 à droite), des troubles au niveau de la hanche gauche, des lombosciatalgies droites récidivantes (1995, 1999 et fin 2011), des cervico-scapulalgies, des pyélonéphrites à répétition avec status post interventions chirurgicales multiples pour vessie extrophique [sic], ainsi que des céphalées tensionnelles et migraineuses. Dans son second

compte-rendu, la Dre U._____ a notamment fait état d'une aggravation de la fatigue chronique et d'une intensification des douleurs aux hanches. Elle a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'éducatrice et de 40 % dans une activité adaptée, cela depuis le mois de septembre 2018.

A teneur d'un rapport du 28 mars 2019, les Dres C._____ et K._____, respectivement médecin adjointe et médecin assistante au Service de rhumatologie du P._____, ont mentionné des douleurs articulaires diffuses sans hypermobilité, une instabilité pelvienne, plusieurs atteintes ostéoarticulaires avec notamment une chondropathie fémoro-patellaire précoce et une suspicion d'arthrose précoce. Elles ont par ailleurs préconisé un bilan pour une hémochromatose.

Dans un rapport du 29 février 2020 consécutif à un examen effectué le 13 février précédent, le Dr W._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a en particulier fait état d'une hémochromatose diagnostiquée en 2019. Il a par ailleurs estimé que la capacité de travail en tant qu'éducatrice sociale était nulle et qu'elle était de l'ordre de 30 à 35 % en tant que coordinatrice de projets, voire plutôt 30 % d'autant que l'intéressée présentait des troubles dégénératifs - « *du rachis, des épaules, des genoux, des pieds, etc.* » - qui allaient s'accroître avec le temps.

Par avis médical du 15 juillet 2020, le Dr Z._____ du SMR a considéré que la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle était nulle et que la capacité de travail dans une activité adaptée était de l'ordre de 30%, depuis le 13 février 2020. Il exposait que l'hémochromatose et les atteintes dégénératives des genoux pourraient justifier une péjoration de l'état général et notamment de la fatigue. Il ressort par ailleurs de cet avis notamment ce qui suit (sic) :

« **Le 13.09.17, une nouvelle révision d'office est effectuée.** Le Dr U._____ mentionne une CTAA [réd. : capacité de travail dans une activité adaptée] de 50% le 27.11.17 en raison des atteintes à la santé connues. En raison du changement d'activité professionnelle et de son salaire plus élevé, l'assurée n'a plus droit à la rente (cf.

GED 07.12.17 et projet de décision du 03.07.18). L'assurée conteste cette décision par son défenseur. La Dre traitante certifie alors une IT [réd. : incapacité de travail] de 20% (de son 55%) du 10.09.18 au 30.11.18 et une IT totale du 11.09.18 au 12.09.18 en raison d'une fatigue intense depuis cet été. Un certificat médical du 13.09.18 du Dr H._____, urologue traitant, mentionne une IT totale le 13.09.18 avec reprise à 100% le 14.09.18. Le 27.09.18 [réd. : recte : 1^{er} octobre 2018], l'urologue mentionne que l'assurée souhaite baisser son activité à 40%, ce qu'il trouve raisonnable et adéquat en raison d'un épuisement progressif dû à son atteinte urologique connue. Un uroscanner effectué le 10.05.17 (GED 30.10.18) montrait une aggravation d'une dilatation pyélocalicielle droite sans signes de pyélonéphrite ou d'abcès. Le 11.01.19, l'employeur confirme une diminution du taux de travail à 40% dès le 14.01.19.

Le RM [réd. : rapport médical] du 03.12.18 de la Dre U._____, médecin traitant, rappelle les diagnostics et douleurs connus avec une fatigue « aggravée » par des troubles du sommeil en lien avec des douleurs de jambes et transpirations nocturnes. La CTAA est de 40% depuis 09.2018. Le RM du 14.12.18 du Dr H._____ atteste d'une situation « stable sans amélioration » avec comme conséquence de son atteinte urologique une fatigue chronique. Toutefois, la CTAA est diminuée à 40. Des traitements ponctuels liés aux pyélonéphrites récurrentes sont rapportés.

Le RM du 25.02.19 du Dr X._____, psychiatre traitant, ne rapporte pas d'atteinte dans son axe mais une fatigue importante, peu améliorée par la diminution actuelle du taux de travail de 40%. Une CTAH [réd. : capacité de travail dans l'activité habituelle] de 20% et une CTAA de 30% sont justifiées par le fait que l'assurée « ne souhaite plus ni ne se sent capable d'exercer au taux actuel ». Le 05.03.19, l'assurée annonce que même si elle ne trouve pas d'emplois à 30% en région Lausannoise d'ici cet été, elle va de toute façon donner sa démission à la ville d'I._____ pour fin juillet 2019. Elle estime ne pas être dans la capacité de refaire une rentrée scolaire dans ce métier.

Le courrier du 08.04.19 [recte : 28 mars 2019] de la Dre C._____, rhumatologue du P._____, fait part d'une consultation à la demande du médecin traitant pour un syndrome douloureux chronique. Des douleurs de localisations multiples sont rapportées dans un contexte déjà connu (status urologique, chondropathie fémoro-patellaire et déchirure partielle du tendon supra-épineux droit). Actuellement, la symptomatologie douloureuse de l'assurée a un impact significatif sur ses activités quotidiennes. Le constat clinique n'objective qu'une instabilité pelvienne probablement consécutive à la lourde chirurgie subie dans le passé avec également une tendinopathie de la coiffe droite connue.

Dans l'avis SMR du 26.04.19, nous ne relevons pas d'éléments médicaux soutenant une évolution objective de l'état de santé de l'assurée compte tenu des décisions précédemment entrées en force. La CTAA objective restait de 50%. L'avis juriste de l'OAI en date du 04.10.19 suivait le constat SMR et maintenait le projet de suppression de rente. Le projet de décision du 20.12.19 a été de nouveau contesté par le représentant de l'assurée.

Dans sa correspondance du 06.03.20, le défenseur ne retient qu'une CTAA de 30% depuis 2018-2019. En annexe, on dispose :

- du courrier du 16.01.20 de la Dre U._____, qui retient la pathologie urologique connue, une hémochromatose (depuis 04.2019) et des polyalgies ;

- du courrier du 29.02.20 du Dr W. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, qui sur la base d'un examen du 13.02.20, retient de nouvelles atteintes somatiques (probable TOS, tendinopathie de coiffe de l'épaule droite, diverses atteintes des genoux voir de muscles des cuisses) ainsi qu'une hémochromatose justifiant les LF [réd. : limitations fonctionnelles] : éviter les positions statiques du tronc (assises ou debout), les positions en porte-à-faux ou rotation du tronc, les ports de charges régulières au-delà de 2-5 kg, les agenouillements, accroupissements, déplacements réguliers en montée/ descente de pente ou d'escaliers, ainsi que la position en tailleur, les activités au-dessus du niveau des épaules, les mouvements répétitifs des membres supérieurs, les activités nécessitant une concentration soutenue/prolongée et/ou un stress, l'exposition au froid, d'importants déplacements à pieds. Un manque global d'endurance de par les douleurs et la fatigue chroniques et la possibilité de pouvoir adapter son horaire (notamment en cas de crise douloureuse migraineuse ou abdominale). Une CTAH (éducatrice sociale) nulle, une CTAA (notamment de coordinatrice de projets) de 30% avec des troubles dégénératifs qui vont s'aggraver avec le temps.

Discussion : Dans cette contestation, le Dr W. _____ mentionne de nouvelles atteintes et rend plausible que la situation de santé de l'assurée se soit dégradée depuis le 13.02.20. Certaines et notamment l'hémochromatose et les atteintes dégénératives des genoux pourraient justifier une péjoration de l'état général et notamment de la fatigue. Compte tenu d'un pronostic défavorable avec des atteintes dégénératives qui ne s'amélioreront pas, nous estimons que la CTAH nulle et CTAA de 30% peuvent être acceptées tout comme les LF avec une aggravation dans l'AA objective depuis le 13.02.20. Il n'y a pas d'exigibilité médicale ni de motif de révision. La CTAA de 30% n'est pas en contradiction avec la présence de ressources adaptatives résiduelles. Nous ne voyons pas d'intérêt à compléter l'instruction en absence d'atteintes dans un autre axe. »

Par projet d'acceptation de rente annulant et remplaçant le projet du 20 décembre 2019, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2020. Il a considéré que l'état de santé de l'intéressée s'était péjoré depuis le 13 février 2020 de telle façon que sa capacité de travail dans une activité adaptée était abaissée à 30%. Concernant le calcul du préjudice économique depuis l'aggravation de l'état de santé de l'assurée, il a considéré qu'il était vraisemblable que cette dernière se serait dans tous les cas formée en tant que responsable APEMS (Accueil pour enfants en milieu scolaire). Cela étant, à titre de revenu sans invalidité, il a pris en considération le revenu dégagé par cette activité en 2020 (98'759 fr. 55 à 100%) et, pour ce qui est du revenu d'invalidité, le revenu effectivement perçu en 2020 dans cette même activité par l'assurée (soit 27'622 fr.). Le préjudice économique obtenu s'élevant à 72%, taux ouvrant le droit à une rente entière, il a fixé le point

de départ du droit à la rente entière d'invalidité au 1^{er} mai 2020, soit trois mois après l'aggravation de l'état de santé de l'assurée, en application de l'art. 88a RAI.

Par courrier du 22 septembre 2020 de son mandataire professionnel, Me Philippe Nordmann, l'assurée a contesté le projet de décision de l'OAI du 7 septembre 2020 en ce qui concerne le point de départ du versement de la rente entière d'invalidité, qui devrait être fixé au 1^{er} octobre 2018. Il y est exposé notamment ce qui suit (sic) :

« La date du 13 février 2020 n'est évidemment pas celle où la capacité de travail a été réduite à 30%; c'est la date où le Dr W._____ a procédé à son examen médical, selon son rapport rédigé le 29 février 2020 (pièce 2 qui vous a été envoyée le 4 mars 2020).

Or, si on lit bien ce rapport, on voit qu'il souligne les atteintes — que vous reconnaissez — existant non pas depuis la date de l'examen médical, mais depuis bien plus longtemps. Le Dr W._____ souligne l'évolution des capacités fonctionnelles et professionnelles de Mme S._____ « ces dernières années »; la capacité en tant qu'éducatrice sociale étant nulle et le taux en tant que coordinatrice de projet est « inférieure à 40% » à cause de « l'épuisement qu'elle a progressivement développé à ce taux ».

Le Dr W._____ considère donc que le 30% pratiqué par Mme S._____ « est à considérer comme sa capacité effective ».

C'est d'ailleurs le 30 octobre 2018 déjà que j'exposais, pièces à l'appui, les difficultés professionnelles rencontrées par ma cliente, soulignant que « le travail actuel entraîne un épuisement et un absentéisme accrus et il ne peut pas être poursuivi ». En effet, « la fonction rénale s'est réduite sensiblement ces derniers temps (sur les deux reins) ». Nous avons aussi souligné les douleurs et indiqué que l'on s'acheminait vers une invalidité totale ou subtotale et que Mme S._____ déposait donc parallèlement (en octobre 2018) une demande d'augmentation de rente à ce sujet.

Dans ma lettre du 4 mars 2020, j'ai également fait état de l'avis médical de la Dresse U._____ du 3 décembre 2018 qui confirmait l'aggravation, ainsi que d'une attestation du Dr H._____ de fin 2018 confirmant une capacité de travail maximale de 35% avec une fatigue chronique qui s'était déjà installée à ce moment-là, due notamment aux pyélonéphrites à répétition.

L'aggravation datait donc de 2018, d'autant que le certificat du Dr X._____ du 22 février 2019 confirmait à ce moment-là déjà qu'il y avait au maximum 30% de capacité dans une activité adaptée.

Cela a en outre été confirmé dans les faits, Mme S._____ n'ayant trouvé un travail à 30% - ce qui était loin d'être évident - qu'au 1^{er}

août 2019. Sur cette base, sa demande $\frac{3}{4}$ de rente a été modifiée en demande de rente entière (...).

En résumé et en synthèse, au vu de toutes les pièces, on ne peut qu'admettre qu'au moment où elle a formulé sa demande de rente entière le 30 octobre 2018 (très subsidiairement de $\frac{3}{4}$ de rente), en faisant valoir « *qu'elle peut réaliser au maximum - et en pure théorie - le 30% du revenu qu'elle réaliserait si elle était en bonne santé* », sa capacité de gain ne dépassait déjà pas 30%.

On sait que la détermination de la date précise d'une réduction de la capacité de gain d'un assuré a toujours certains aspect arbitraires. Votre premier projet du 2 juillet 2018 (annulé et remplacé dans l'intervalle) retenait une date d'amélioration (inexistante) au 1^{er} août 2016. En réalité, il y avait aggravation progressive et le plus juste paraît de retenir à tout le moins la date de demande d'augmentation de la demi-rente à une rente entière du 30 octobre 2018. En application de l'art. 88 bis al. 1 let. a RAI, la rente entière doit prendre effet en l'espèce au 1^{er} octobre 2018 (« *dès le mois où cette demande est présentée* »). »

Dans le cadre de la contestation, le Dr Z. _____ a rendu un avis SMR daté du 8 décembre 2020, dans lequel il relève notamment ce qui suit (sic) :

« **Discussion** : En reprenant le courrier du Dr W. _____ du 29.02.20, on relevait que son examen du 13.02.20 permettait de retenir la présence de lésions dites dégénératives des genoux et une hémochromatose non pris en compte dans le rapport d'examen SMR de 2007.

Cependant, confère à l'avis médical SMR du 24.07.12 basé sur des rapports du Dr U. _____ (médecin traitant) et Dr R. _____ (médecine interne et rhumatologie), des atteintes dégénératives (gonalgies sur chondropathie fémoro-patellaire, cervicobrachialgies droites et gauche (2010), lombosciatalgies droite sur inégalité des membres inférieurs avaient déjà été considérés et une amélioration sous traitement de physiothérapie depuis 03.2012 avait permis de considérer une CTAA de 100% (de son 50%) dès 03.2012 notamment.

Si les nouveaux diagnostics du Dr W. _____ justifiaient à notre avis une évolution de l'état de santé au moins depuis son examen, on considérerait donc que ces diagnostics n'avaient pas d'incidence antérieure et que les autres diagnostics étaient déjà pris en compte (sans amélioration ou péjoration, pathologie urologique, fatigue et douleurs notamment prises en compte, voir sur ce point nos avis précédents).

Contrairement à l'argumentation de l'avocat du 22.09.20, on ne peut donc pas retenir objectivement antérieurement à l'examen médical du Dr W. _____ que les atteintes des genoux et l'hémochromatose aggravaient l'état de santé de l'assuré avant et notamment en 2018. Il aurait fallu alors que des rapports médicaux en atteste dans ses

contestations précédentes ces diagnostics, ce que nous n'avons pas vu/lu.

On reconnaît que des lésions dites dégénératives aux genoux ne sont pas apparues soudainement mais leurs répercussions avaient déjà fait l'objet d'appréciations antérieures notamment en 2012. Depuis l'examen du Dr W._____, on peut admettre qu'elles ont évolué de manière à leur reconnaître une répercussion professionnelle déjà mentionnée et reprise dans le dernier projet de décision AI, mais objectivement pas avant. »

Le 14 décembre 2020, l'OAI a adressé au conseil de l'assurée la motivation en vue de la notification de la décision, dont il ressort notamment ce qui suit (sic) :

« Après avoir réexaminé le dossier de Madame S._____, nous vous confirmons ce qui suit :

Dans le cas d'espèce, nous vous informons que nous sommes dans le cadre d'une révision d'office, ouverte le 1^{er} juillet 2017, et non dans une demande de révision du droit à la rente, comme argumenté (...).

Sur le plan médical, nous constatons que la péjoration de l'état de santé de Madame S._____ est médicalement objectivée de manière probante et circonstanciée que depuis l'examen du 13 février 2020 du Dr W._____, permettant de retenir la présence de lésions dites dégénératives des genoux et une hémochromatose.

En effet, aucun autre élément strictement médical au dossier ne nous permet de retenir une aggravation de l'état de santé antérieure à l'examen du Dr W._____.

Au vu de ce qui précède, votre contestation ne nous apporte pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de notre position. »

Le 8 janvier 2021, l'OAI a notifié au conseil de l'assurée la décision par laquelle il a alloué à l'intéressée une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2020.

C. Par acte de son conseil du 11 février 2021, S._____ a formé recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision de l'OAI du 8 janvier 2021 en concluant à sa réforme en ce sens que « la rente d'invalidité court dès le 1^{er} octobre 2018 ». La recourante conteste que la décision entreprise ait été rendue dans le cadre d'une révision d'office ouverte en juillet 2017 et non dans une demande de révision du droit à la rente, en se référant à son courrier

du 30 octobre 2018 qui constitue, selon elle, une demande d'augmentation de la rente d'invalidité à une rente entière, subsidiairement $\frac{3}{4}$ de rente. Elle estime par ailleurs également erroné de considérer qu'aucun élément strictement médical permettrait de retenir une aggravation de son état de santé antérieur à l'examen du Dr W._____. Elle se réfère sur ce point aux pièces médicales produites par ses soins durant la procédure de révision et à l'appui de son recours, à savoir, notamment :

- un rapport d'uro-scanner du 11 mai 2017 du Dr J._____, radiologue, concluant à l'aggravation d'une dilatation pyélocalicielle droite, à une atrophie rénale droite et à une cholécystolithiase sans signes de cholécystite ;

- l'arrêt de travail établi les 10 septembre 2018 par la Dre U._____ réduisant à 20% du 55 % effectué le taux de travail de sa patiente jusqu'au 25 octobre 2018 (à réévaluer) ;

- la lettre d'accompagnement du 10 septembre 2018 de la Dre U._____ expliquant à l'OAI que l'assurée présente depuis l'été précédent une fatigue intense et des douleurs abdominales et qu'en raison de sa pathologie rénale et de ses complications, le taux de travail doit être baissé dès le 10 septembre 2018 de 20% du 55% habituel ;

- le rapport du Dr H._____ du 1^{er} octobre 2018 faisant suite à une consultation du 27 septembre précédent dans lequel il expose que la problématique urologique ainsi que les troubles infectieux, avec plusieurs incidents par année, épuisent progressivement l'assurée, qui souhaiterait baisser son activité à 40 %, ce qui à ses yeux d'urologue traitant lui paraît raisonnable et adéquat ;

- l'arrêt de travail établi le 25 octobre 2018 par la Dre U._____ prolongeant au 30 novembre 2018 la baisse du taux de capacité de l'assurée à 20% du 55% effectué habituellement ;

- le rapport médical établi le 16 janvier 2020 par la Dre U._____ répertoriant les diagnostics posés quant à sa patiente, le dernier, un calcul de la vésicule biliaire, étant rapporté au mois d'août 2017 ;

- le rapport médical du Dr W._____ du 29 février 2020.

Pour le surplus, la recourante fait valoir que c'est à tort que l'OAI refuse d'admettre que la rente entière est due dès la demande d'augmentation formulée en octobre 2018. Elle relève que la date d'examen par le Dr W._____ était aléatoire, puisque dépendant de son agenda mais que l'on voit bien que sa situation médicale s'est dégradée bien avant puisque, dès l'automne 2018, elle n'avait plus qu'une capacité de gain de 30%. Selon la recourante, pour fixer le point de départ de la rente entière d'invalidité, c'est au moment de la diminution effective de la capacité de gain que l'intimé aurait dû se fonder plutôt que de se baser uniquement sur l'aspect médical.

Dans sa réponse du 12 avril 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours. Après avoir rappelé les éléments médicaux qui l'avaient amené à reconnaître à la recourante le droit à une rente entière d'invalidité en raison de la péjoration de son état de santé, il s'est référé, en ce qui concerne le point de départ du versement de la rente entière à la recourante, au courrier explicatif qu'il a adressé au conseil de celle-ci en décembre 2020.

Par réplique du 26 avril 2021, la recourante a réitéré ses arguments et confirmé ses conclusions. Elle a produit :

- le rapport médical établi le 3 décembre 2018 par la Dre U._____ à l'attention de l'OAI dans lequel, elle a listé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de sa patiente en précisant que la fatigue chronique s'était aggravée, avec des troubles du sommeil en lien avec des douleurs dans les jambes et des transpirations nocturnes et que les douleurs dans les hanches s'étaient également intensifiées ; le médecin traitant indiquait que la capacité de travail de sa patiente dans l'activité habituelle était de 0 % et que, dans une activité adaptée, elle était de 40 % depuis septembre 2018 (ch. 3 et 4), elle précisait que l'intéressée était en arrêt de travail partiel depuis le 10 septembre 2018, travaillant à un taux de 35 % maximum ;

- le rapport médical établi le 14 décembre 2018 établi par le Dr H. _____ à l'attention de l'OAI.

Dans ses déterminations du 17 mai 2021, l'intimé a observé que les pièces médicales produites figuraient déjà au dossier et avaient été prises en compte dans l'appréciation de l'état de santé de la recourante et de l'influence de cet aspect sur l'aptitude au travail. Il se référait notamment aux avis SMR des 15 juillet et 8 décembre 2020. Estimant qu'il n'était pas justifié de modifier la date de début de la péjoration de l'état de santé de la recourante, il a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours.

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. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet

de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'espèce, le litige porte uniquement sur la question de savoir quand il faut fixer le point de départ du versement de la rente entière d'invalidité allouée par l'OAI dans la décision du 8 janvier 2021.

3. 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).

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 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

4. a) Aux termes de l'art. 17 al. 2 LPGA, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit aux prestations, avec une appréciation des preuves et une constatation des faits pertinents – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé est sans pertinence de ce point de vue (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

b) Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

c) Selon l'art. 88bis al. 1 RAI, l'augmentation de la rente prend effet, au plus tôt, si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée (let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel on l'avait prévue (let. b).

5. La recourante conteste le point de départ du versement de la rente entière d'invalidité retenu par l'intimé, à savoir le 1^{er} mai 2020, soit trois mois après que le Dr W. _____ a attesté l'aggravation de son état

de santé et ses répercussions sur sa capacité de travail (rapport médical du 29 février 2020). Elle prétend que cette rente devrait lui être servie dès le 1^{er} d'octobre 2018 dès lors qu'il ressort des rapports médicaux que la péjoration de son état de santé remonte à octobre 2018 et qu'elle a déposé une demande de révision de sa rente par courrier du 30 octobre 2018. A cet égard, elle se prévaut de l'application de l'art. 88bis al. 1 RAI.

a) Contrairement à ce que prétend la recourante, la décision dont est recours a été rendue dans le cadre de la procédure de révision d'office de la rente initiée par l'intimé le 13 septembre 2017, soit au moment de l'envoi du questionnaire relatif à la révision de la rente à l'assurée. Peu importe que, par la suite, soit en octobre 2018, la recourante ait déposé une demande de révision de sa rente dans le sens d'une augmentation. Dès lors que l'on se trouve dans le cadre d'une révision d'office de la rente initiée par l'intimé, l'application de l'art. 88bis al. 1 RAI est exclue.

b) Sur le plan médical, quoiqu'en dise la recourante, la péjoration de son état de santé n'est médicalement objectivée de manière probante et circonstanciée que depuis l'examen du 13 février 2020 du Dr W._____, rhumatologue. Or celui-ci a retenu la présence de nouvelles atteintes à la santé, ou des atteintes déjà connues mais devenues significatives avec le temps, soit des lésions dites dégénératives des genoux, lesquelles ne peuvent qu'augmenter avec le temps (ce qui est confirmé par les Dres C._____, et K._____ qui constatent le 28 mars 2019 une chondropathie fémoro-patellaire précoce qui laisse supposer la présence d'une arthrose précoce), ainsi qu'une hémochromatose, qui expliquent la fatigue chronique et la dégradation de l'état de santé général de la recourante. Aucun autre élément médical au dossier ne permet de retenir une aggravation de l'état de santé antérieure à l'examen du Dr W._____. Les pièces médicales produites à l'appui du recours figuraient déjà au dossier lors de l'instruction de la révision de la rente et ont été prises en compte par l'OAI dans l'appréciation de l'état de santé de l'assurée. A cela s'ajoute le fait que si les rapports du médecin, de l'urologue et du psychiatre traitants qui datent de septembre et

décembre 2018 s'accordent pour souligner l'apparition d'une fatigue chronique et une augmentation des douleurs qui justifient à leurs yeux une diminution de la capacité de travail de la recourante, tous mettent cet épuisement sur le compte des atteintes à la santé déjà connues chez l'intéressée. Aucun des médecins traitants n'a posé de diagnostic nouveau objectivant la dégradation de l'état de santé de la recourante, ni l'aggravation des atteintes déjà connues. En effet, les gonalgies étaient connues depuis 2003 et 2005 et les dorsolombalgies depuis 1995-1999 (cf. rapports de la Dre U. _____ des 27 novembre 2017, 3 décembre 2018 et 16 janvier 2020). Cela étant, l'intimé était légitimé à fixer le début du droit à la rente entière d'invalidité au 1^{er} mai 2020, à savoir trois mois après le constat de la péjoration de l'état de santé par le Dr W. _____ (art. 88a al. 2 RAI).

6. a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision rendue le 8 janvier 2021 par l'OAI confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 300 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 8 janvier 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, par 300 fr. (trois cents francs), sont mis à la charge de la recourante S._____.

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

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne (pour la recourante),
- 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 :