

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 février 2023

Composition : M. PIGUET, président
Mme Brélaz Braillard, juge, et Mme Gabellon, assesseuse
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourante, représentée par Me Yero Diagne, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 17 al. 1, 49 al. 3 et 60 al. 1 LPGA ; 28 LAI

E n f a i t :

A. H._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1961, travaillait à mi-temps chez un particulier depuis mai 2015 comme aide à domicile d'une enfant handicapée. Le 14 novembre 2015, elle a été victime d'un accident alors qu'elle se trouvait dans un bus. En raison d'un freinage d'urgence, elle a été projetée en avant, sa tête venant frapper la barre transversale du siège situé devant elle, tandis que son genou droit est venu s'encaster dans la fente qui sépare le dossier du siège.

Les suites de cet accident ont été prises en charge par son assureur-accidents, K._____.

L'assurée s'est rendue aux urgences du B._____ (ci-après : B._____), où une contusion faciale et au genou droit ont été constatées (rapport médical du 16 novembre 2015). Une IRM du genou droit effectuée le 24 novembre 2015 s'est avérée dans la norme, sans lésion traumatique identifiée. La scintigraphie osseuse réalisée le 15 mars 2016 n'a pas montré de signe de dystrophie réflexe.

L'assurée s'est retrouvée en totale incapacité de travail jusqu'au 10 janvier 2016. Elle a ensuite tenté de reprendre son emploi à temps partiel à partir du 11 janvier 2016, tentative qui a échoué, son incapacité de travail ayant de nouveau été totale à partir du 22 janvier 2016.

Le contrat de travail de l'assurée a été résilié pour fin février 2016.

A la suite d'un examen de l'assurée le 10 mars 2016 par le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de K._____, l'assureur-accidents a, par décision du 24 mars 2016, confirmée sur opposition le 10 août 2016, mis fin aux prestations de l'assurance-accidents au 31 mars 2016, au motif que les troubles persistants n'étaient pas en relation de causalité naturelle avec l'accident.

Dans le cadre du recours interjeté contre cette décision, l'assurée a produit plusieurs rapports médicaux qui concluaient à la présence d'un syndrome douloureux régional complexe du genou droit (SDRC ; rapports des 19 octobre 2016 et 17 février 2017 émanant de médecins du Service de rhumatologie du B. _____ ; rapport du 21 février 2017 de la Dre C. _____ du Centre d'antalgie du B. _____ ; rapport non daté et rapport du 7 mars 2017 de la Dre R. _____).

A la suite d'une procédure de détection précoce, 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 7 novembre 2016.

Par communication du 20 décembre 2016, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une mesure d'intervention précoce auprès de la Fondation Mode d'emploi, du 9 janvier au 19 mai 2017. Le stage organisé dans le cadre de cette mesure a dû être interrompu, malgré la motivation de l'assurée, en raison d'une augmentation importante et soudaine des douleurs (rapport du 26 avril 2017 de la Fondation Mode d'emploi).

Dans un rapport à l'OAI du 20 février 2017, les Dres R. _____ et X. _____, spécialiste en médecine interne générale, ont posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de syndrome douloureux régional complexe du genou droit (SDRC) post traumatique dans le cadre d'un status post contusion traumatique du genou droit en novembre 2015, et les diagnostics sans effet sur la capacité de travail d'asthme allergique et de status post cure de hernie discale cervicale le 21 août 2013. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle était totale et la reprise progressive d'une activité adaptée était possible d'abord à 50 % à une date à définir, dans un travail ne nécessitant notamment pas de déplacement ni de station debout prolongée ni de port de charges.

Dans un rapport du 15 mai 2017, les Drs W. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, et F. _____,

du Service de rhumatologie du B._____, ont noté une persistance de la symptomatologie douloureuse avec une impotence fonctionnelle partielle au niveau du genou. Ils se sont référés au rapport établi le 19 octobre 2016 par les Drs S._____ et P._____ à l'issue d'une précédente consultation de l'assurée.

Par arrêt du 7 septembre 2017 (AA 102/16 - 92/2017), la Cour des assurances sociales a admis le recours interjeté par l'assurée en matière d'assurance-accidents, jugeant que le SDRC était en lien de causalité avec l'accident et que le *statu quo sine* n'était manifestement pas atteint à la date du 31 mars 2016. Le Tribunal fédéral a rejeté le recours formé par K._____ contre cet arrêt (TF 8C_730/2017 du 14 août 2018).

Par courrier du 27 octobre 2017, Me Yero Diagne a informé l'OAI qu'il représentait l'assurée, conformément à la procuration qu'il a transmise.

Le 1^{er} décembre 2017, l'assurée a fait savoir à l'OAI que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle travaillerait à 100 % comme aide-soignante depuis décembre 2015 par nécessité financière et du fait que ses enfants étaient grands.

Dans un avis du 28 mars 2018, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) s'est basé sur le rapport du Dr Z._____ pour retenir que la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle était nulle depuis le 14 novembre 2015 et de 50 % depuis le 15 août 2016, date à partir de laquelle l'assurée bénéficiait également d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, sans port de charges ni station debout prolongée.

Prenant position sur les arrêts rendus en matière d'assurance-accidents et les différents documents médicaux transmis par l'assurée le 4 octobre 2018, le SMR a avancé la date de la récupération d'une pleine

capacité de travail dans une activité adaptée au 10 mai 2016 (avis du 28 octobre 2018).

A la demande de K._____, une expertise orthopédique de l'assurée a été réalisée par le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 17 janvier 2019, celui-ci a posé comme diagnostics des séquelles de contusion du genou droit sans lésion traumatique ainsi qu'une persistance de douleurs déclarées invalidantes, résistantes aux traitements, sans qu'un autre diagnostic n'ait pu être posé de manière claire. Il a écarté le diagnostic de SDRC au motif que les critères de Budapest n'étaient pas réunis et que les examens complémentaires ne mettaient pas de signe pathologique en évidence. D'un point de vue orthopédique, il a estimé que la capacité de travail de l'assurée était pleine dans son activité habituelle. Il a précisé qu'une activité adaptée pouvait être effectuée à 100 % en tenant compte de la globalité des symptômes de la personne assurée, soit une activité permettant l'alternance des positions debout et assise, et a mentionné une baisse de rendement de 20 % due aux changements de position.

Sur proposition du Dr D._____, un scanner des membres inférieurs pour calcul de la distance tubérosité antérieure - gorge trochléenne (TAGT) a été effectué le 18 avril 2019.

Dans un rapport du 1^{er} octobre 2019, la Dre V._____, spécialiste en anesthésiologie au Centre d'antalgie du B._____, a posé le diagnostic de probable inflammation *versus* douleur neuropathique des nerfs géniculés du genou suite à un traumatisme. Elle faisait état d'une persistance des douleurs et d'une réponse transitoire des différents blocs du genou faits depuis 2016. L'incapacité de travail était totale et une réinsertion professionnelle était à prévoir dans un autre travail, le pronostic étant pour l'instant réservé.

Dans des rapports des 26 août 2019 et 2 juin 2020 adressés à K._____, le Dr M._____, médecin praticien, a retenu la présence d'une

algoneurodystrophie du genou droit et d'une inflammation des nerfs péri-rotuliens. Il a mentionné une stabilisation au niveau de l'évolution, une tolérance à l'effort de 50 % et une présente exigible de 30 à 50 %, respectivement de 50 %, avec la présence de douleurs chroniques comme séquelles à long terme.

K._____ a fait réaliser une expertise rhumatologique de l'assurée par le Dr G._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale. Dans son rapport du 17 juillet 2020, il a conclu, sur la base des résultats de la TAGT, qu'il n'y avait pas d'argument en faveur d'une désaxation rotulienne. Il a posé les diagnostics avec influence sur la capacité de travail de syndrome douloureux régional complexe (SDRC) du genou droit post-traumatique dans le contexte d'un status après contusion du genou droit le 14 novembre 2015 actuellement sans trouble trophique, sans ostéopénie radiologique, avec une restriction de la flexion, des dysesthésies et un syndrome douloureux persistant. Comme diagnostics sans influence sur la capacité de travail, il a retenu un status après cure de hernie discale cervicale en août 2013 et un asthme allergique actuellement en rémission. Il a estimé que l'incapacité de travail demeurerait totale dans l'activité habituelle d'aide-soignante/auxiliaire de vie et que l'assurée avait une capacité de travail de l'ordre de 70 %, tenant compte d'une baisse de rendement, dans une activité adaptée, sans position accroupie ou agenouillée avec le genou droit, sans port de charges de plus de 5 kg, sans appui prolongé sur le genou droit (30 minutes) et sans marche prolongée sur plus de 500 mètres ou sur des terrains irréguliers ou des échelles. Les douleurs n'étaient qu'en partie stabilisées par le traitement antalgique et l'assurée présentait encore une restriction de la flexion de son genou droit. Il a indiqué que le délai théorique quant à une stabilisation de l'état de l'assurée était difficile à établir précisément, mais que la stabilisation devrait être raisonnablement acquise à la fin de l'année 2020, soit cinq ans après le traumatisme.

Cette expertise a été jugée probante par le SMR dans le cadre de sa permanence du 8 octobre 2020.

En réponse à l'OAI qui constatait que l'assurée n'avait jamais travaillé à plus de 50 %, celle-ci a indiqué, par courrier du 2 novembre 2020, que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle travaillerait à 100 %, expliquant qu'il était prévu qu'elle débute un nouvel emploi le 1^{er} décembre 2015 à côté de celui qu'elle effectuait déjà, mais n'avait pas pu le faire en raison de l'incapacité de travail liée à son accident. Elle a par ailleurs exposé que, depuis son accident de novembre 2015, elle avait divorcé et avait encore un enfant à charge, ce qui l'aurait obligée à travailler à 100 %.

Par projet de décision du 16 novembre 2020, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait lui octroyer une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, à savoir du 1^{er} mai 2017 jusqu'au 31 octobre 2020. Il lui a reconnu un statut d'assuré exerçant une activité lucrative à plein temps et a constaté que sa capacité de travail avait été nulle à la suite de son accident. Il a retenu qu'une capacité de travail de 70 % pouvait raisonnablement être exigée d'elle depuis le 14 juillet 2020 dans une activité adaptée à son état de santé et respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de position accroupie ou agenouillée avec le genou droit, pas de port de charges de plus 5 kg, pas d'appui prolongé sur le genou droit, pas de marche prolongée sur plus de 500 mètres d'affilée ou sur des terrains irréguliers et des échelles. Son taux d'invalidité s'élevait à 34 % dès cette date et conduisait à la suppression de sa rente trois mois plus tard.

L'assurée s'est opposée à la suppression de son droit à la rente par courrier du 28 janvier 2021, faisant principalement valoir que son état n'était stabilisé et qu'elle souhaitait des mesures de réadaptation afin de déterminer concrètement la capacité de travail résiduelle exigible.

Le 18 février 2021, le SMR a estimé qu'en l'état, il n'avait pas matière à modifier son appréciation sur le plan médical.

Dans un courrier du 22 février 2021, l'OAI a pris position sur les arguments de l'assurée, se référant à l'avis du SMR et précisant qu'il

n'y aurait aucune mesure de réadaptation susceptible de réduire le préjudice économique.

Par courrier du 17 mars 2021, l'assurée a transmis un rapport du 11 mars 2021 de la Dre N._____, médecin praticien, qui indiquait que la capacité de travail de sa patiente était nulle dans toute activité vu les douleurs et les troubles de la marche.

Par décision du 11 août 2021 adressée à l'assurée, l'OAI a alloué à cette dernière une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2017 au 31 octobre 2020, reprenant les termes de son projet de décision.

Par courrier du 8 février 2022, Me Yero Diagne a fait savoir qu'il avait appris incidemment qu'une décision avait été rendue, mais qu'elle ne lui avait pas été notifiée malgré l'élection de domicile faite par l'assurée en son étude.

Le 28 février 2022, l'OAI, par le biais de la caisse de compensation AVS, a transmis à Me Diagne une copie de la décision du 11 août 2021 adressée par erreur directement à l'assurée, en précisant qu'en raison de cette notification incorrecte, le délai de recours commençait à réception de ce nouveau courrier.

B. Par acte du 30 mars 2022, H._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances du Tribunal cantonal de la République et canton du Jura, qui a transmis le recours à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud pour raison de compétence. Elle a conclu principalement à la réforme de la décision entreprise en ce sens que le droit à une rente d'invalidité entière sans limite de temps à compter du 1^{er} mai 2017 lui soit reconnu, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants. Elle a pour l'essentiel fait valoir qu'elle ne disposait d'aucune capacité de travail dans une activité adaptée et était toujours en totale incapacité de travail depuis son accident, sans que sa situation ne s'améliore, ce que

son assureur-accidents avait d'ailleurs reconnu. Elle a également relevé que le suivi de ses traitements antalgiques et de physiothérapie ne lui permettait pas d'envisager une présence à hauteur de 70 %. Elle a considéré que l'OAI aurait dû poursuivre ses investigations en ordonnant lui-même une expertise ou en vérifiant l'existence d'une capacité de travail par le biais d'un examen concret de ses capacités fonctionnelles, au regard de ses douleurs, de ses limitations, de son âge (61 ans) et du fait qu'elle n'avait plus pu retravailler depuis 2015. Elle a également reproché à l'intimé de ne pas avoir examiné la possibilité réaliste d'exploiter une éventuelle capacité de travail résiduelle sur le marché du travail compte tenu de son âge et de sa situation personnelle.

A l'appui de son recours, l'assurée a produit un rapport du 17 février 2022 du Dr U. _____, médecin praticien, qui posait les diagnostics d'uncarthrose cervicale et lombaire, de chirurgie de hernie discale le 21 août 2013, de tunnel carpien à la main droite en cours de chirurgie et de trouble somatoforme douloureux du genou droit. Il a attesté une totale incapacité de travail, présente depuis le 14 novembre 2015, avec comme limitations fonctionnelles une station debout pénible, des troubles de la marche et des vertiges. L'âge de l'assurée et sa difficulté à marcher faisaient obstacle à une réadaptation professionnelle.

Dans sa réponse du 27 avril 2022, l'OAI a estimé que le recours était tardif et donc irrecevable dans la mesure où l'assurée, qui avait reçu la décision attaquée vers mi-août 2021, aurait dû faire preuve de la diligence requise et informer son représentant de l'existence de cette décision dans un délai de 30 jours.

Par réplique du 23 mai 2022, l'assurée a relevé que la caisse de compensation, à qui l'OAI avait transmis son courrier du 7 février 2022 comme objet de sa compétence, lui avait donné l'assurance que le délai pour recourir ne débuterait qu'à réception du courrier du 28 février 2022 transmettant la décision litigieuse à son mandataire, et qu'elle devait être protégée dans sa bonne foi. L'OAI n'était par ailleurs pas sans ignorer le mandat en faveur de Me Diagne au vu des échanges de courriers ayant

précédé la décision litigieuse. Elle a en outre indiqué qu'elle n'avait pas reçu la décision litigieuse en août 2021. Elle a fait savoir qu'elle souffrait également de migraines chroniques, d'une ténosynovite sténosante de l'annulaire droit et de problèmes aux yeux, transmettant à cet égard plusieurs rapports médicaux. Une IRM du cerveau réalisée le 20 avril 2022 dans le contexte de migraines chroniques avait conclu à de probables staphylomes bilatéraux et était pour le reste dans les limites de la norme. Dans un certificat du 19 mai 2022, la Dre N. _____ mentionnait que le staphylome bilatéral était probablement séquellaire de chocs reçus sur les globes oculaires et que l'assurée venait d'être opérée d'une ténosynovite de la main droite, comme cela ressortait également du rapport opératoire annexé.

Par duplique du 13 juin 2022, l'OAI a admis que la notification à l'assurée était entachée d'irrégularité et estimé que le courrier de la caisse de compensation était inexact en ce qu'il prolongeait indûment le délai pour faire recours. Il a considéré que l'assurée aurait dû s'apercevoir qu'un montant de l'ordre de 15'000 fr. avait été versé sur son compte vers fin août 2021 - début septembre 2021 et qu'il lui incombait dès lors de faire preuve de la diligence requise et d'informer son représentant de l'existence de la décision, respectivement du versement de la rente, dans un délai raisonnable.

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) L'art. 49 al. 3 LPGA, à teneur duquel la notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé, consacre un principe général du droit qui concrétise la protection constitutionnelle de la bonne foi et les garanties conférées par l'art. 29 al. 1 et 2 Cst. (ATF 145 IV 259 consid. 1.4.4 ; 144 II 401 consid. 3.1 et les références).

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 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. En vertu de ce principe, l'intéressé est tenu de se renseigner sur l'existence et le contenu de la décision dès qu'il peut en soupçonner l'existence, sous peine de se voir opposer l'irrecevabilité d'un éventuel moyen pour cause de tardiveté (ATF 139 IV 228 consid. 1.3 ; TF 9C_239/2022 du 14 septembre 2022 consid. 5.1 et les références).

Dans l'hypothèse particulière où la partie représentée par un avocat reçoit seule l'acte, il lui appartient de 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 (irrégulière) de la décision litigieuse ; le délai de recours lui-même court dès cette date (TF 9C_239/2022 précité consid. 5.1 et les références).

c) Le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de la date de celle-ci incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 136 V 295 consid. 5.9). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve en ce sens que si la notification, ou sa date, sont contestées, et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 142 IV 125 consid. 4.3 et les références).

d) En l'espèce, il est admis que la décision litigieuse n'a pas été notifiée au représentant de la recourante. Il existe également un doute quant au fait que la recourante a reçu ladite décision durant le courant du mois d'août 2021, la recourante le contestant et l'office intimé n'étant pas en mesure de démontrer que tel a été le cas, la décision ayant été envoyée en courrier B. Aussi y a-t-il lieu de présumer que le moment où la recourante a eu connaissance de la décision litigieuse correspond à celui où son représentant en a reçu une copie de la part de la caisse de compensation compétente pour verser les prestations, à savoir le 1^{er} mars 2022. L'office intimé ne saurait être suivi, en tant qu'il soutient que la recourante aurait dû, à tout le moins, réagir au moment de la perception de l'arriéré de rente et en informer son représentant. L'existence d'un tel versement ne permet en effet pas d'inférer que la recourante, singulièrement son représentant aurait eu connaissance, à ce moment précis, des modalités et motifs de l'octroi et de la suppression de la rente, éléments indispensables pour pouvoir contester la décision en cause (TF 8C_188/2007 du 4 mars 2008 consid. 4.4).

Le recours a par conséquent été déposé en temps utile le 30 mars 2022 et respecte en outre les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. Il a été transmis par la Cour des assurances du Tribunal cantonal de la République et canton du Jura à la Cour de céans, qui est compétente pour en connaître (art. 69 al. 1 let. a LAI et 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]).

2. Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité pour la période postérieure au 31 octobre 2020.

3. a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020,

RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 11 août 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

d) 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 [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). 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 [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 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).

e) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

4. a) En l'occurrence, il est admis que la recourante a présenté une incapacité totale de travailler dans toute activité à la suite de son accident, en raison de l'existence attestée d'un syndrome douloureux régional complexe (voir à ce propos CASSO AA 102/16 - 92/2017 du 7 septembre 2017 consid. 4d). Cette totale incapacité de travail lui ouvre le

droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2017, soit six mois après le dépôt de sa demande de prestations (art. 29 al. 1 LAI ; feuille d'examen du droit à la rente du 16 novembre 2020).

b) Se fondant sur l'expertise du Dr G._____, l'OAI considère que la recourante a recouvré une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 14 juillet 2020, date de l'examen pratiqué par ce médecin, et que le degré d'invalidité de la recourante n'est plus que de 34,12 % si bien qu'il y a lieu de mettre fin à sa rente d'invalidité au 31 octobre 2020, soit trois mois après cette amélioration.

c) L'office intimé ne saurait toutefois être suivi sur ce point.

Les documents médicaux au dossier ne permettent en effet pas de conclure à l'existence d'une amélioration de l'état de santé de la recourante rendant l'exercice d'une activité adaptée exigible. Il ressort du rapport du Dr G._____ que la recourante souffre toujours de douleurs de type « brûlures » qui sont centrées au genou droit et qui sont présentes 24h/24, avec une intensité estimée entre 5/10 et 6/10 sur une échelle visuelle analogique (EVA), avec parfois des poussées algiques critiques jusqu'à 10/10. Les douleurs sont également présentes lors du repos, entraînant un sommeil non-réparateur. Elles sont majorées à la marche nécessitant l'utilisation d'une canne (expertise pp. 6-7 et 11). L'expert a pu constater une allodynie au contact du genou, avec une hypo-esthésie au toucher et une assurée très algique lorsqu'on palpe en particulier le compartiment interne et la région antérieure sous patellaire de son genou. Il a observé une limitation significative de la flexion du genou droit (expertise p. 9). Il mentionne que la patiente se déplace avec difficultés, qu'elle utilise une canne, avec une boiterie de décharge du membre inférieur (expertise pp. 8 et 11). Le traitement antalgique sous différentes formes suivi par la recourante a un effet partiellement favorable (expertise p. 7), les douleurs n'étant qu'en partie stabilisées (expertise p. 14). La poursuite de ce traitement est nécessaire et peut encore conduire à une certaine amélioration (expertise p. 13). L'expert précise qu'il n'y a pas

d'indices en faveur d'éléments étrangers à l'accident jouant un rôle dans l'évolution du cas (expertise p. 12), ayant notamment interrogé la recourante sur le déroulement de sa journée (expertise p. 7).

Or la situation de la recourante n'apparaît pas améliorée par rapport à celle qui prévalait auparavant. Dans leur rapport du 20 février 2017, les Dres R._____ et X._____ rapportaient également, lors de leur consultation du 23 janvier 2017, une persistance des douleurs au niveau patellaire droit avec brûlures s'étendant sur la face antérieure de la cuisse et de la jambe avec une incapacité à marcher de longues distances sans moyens auxiliaires et une flexion limitée ainsi qu'une perte de force. Le traitement antalgique et la physiothérapie permettaient une amélioration temporaire et partielle des douleurs.

De même, les rapports des 10 octobre 2016 et 15 mai 2017 émanant du Service de rhumatologie du B._____ faisaient état d'une symptomatologie douloureuse persistante avec une impotence fonctionnelle partielle au niveau du genou. Il n'y avait pas de douleur nette au repos et pas de notions de réveil nocturne. Les douleurs augmentaient au cours de la journée. Les traitements par blocs géniculés et physiothérapie n'apportaient qu'un soulagement temporaire.

Une modification sensible de l'état de santé ne saurait être admise que si elle est corroborée par un changement clairement objectivé de la situation clinique et par l'amélioration, voire la disparition des limitations fonctionnelles précédemment décrites (sur les exigences en matière de preuve pour une évaluation médicale dans le cadre d'une révision, voir arrêts TF 8C_441/2012 du 25 juillet 2013 consid. 6, in SVR 2013 IV n° 44 p. 134, et TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2, in SVR 2012 IV n° 18 p. 81), ce qui ne ressort manifestement pas de l'expertise rhumatologique du Dr G._____. Celui-ci ne se prononce d'ailleurs pas sur l'évolution dans le temps de la symptomatologie rhumatologique. De son côté, la Dre V._____, à laquelle l'expert se réfère, a fait état, dans son rapport du 1^{er} octobre 2019, d'une évolution caractérisée par la persistance de douleurs de la face externe et interne

du genou suite au traumatisme, comprenant des douleurs neuropathiques, avec une réponse transitoire à différents blocs antalgiques au genou droit, et qualifiait le pronostic de réservé (expertise p. 10). On ne voit dès lors pas, sur la base des rapports au dossier, pour quels motifs la situation de la recourante, qui justifiait une totale incapacité de travail en toutes activités depuis l'accident, se serait améliorée au point de permettre l'exercice d'une activité adaptée depuis l'examen du Dr G._____. D'ailleurs, ni l'office intimé ni le SMR n'ont fourni une explication motivée permettant de justifier le choix de cette date.

d) Les pièces médicales au dossier sont en outre insuffisantes pour conclure à une stabilisation de l'état de santé ayant des effets sur la capacité de travail. Le Dr G._____, appelé par l'assurance-accidents à déterminer si les suites de l'accident étaient guéries ou stabilisées, a indiqué que les douleurs présentées au genou droit n'étaient qu'en partie stabilisées par le traitement antalgique ad hoc, qu'on observait encore une restriction de la flexion du genou et que le délai théorique quant à une stabilisation de son état était difficile à établir précisément, estimant que la stabilisation devrait être raisonnablement acquise à la fin de l'année 2020, soit cinq ans après le traumatisme. Outre le fait qu'il s'est prononcé en lien avec les critères applicables à l'assurance-accidents, il faut souligner que le Dr G._____ n'explique pas pour quels motifs l'état de santé de la recourante, qui n'était pas encore stabilisé au moment de son examen, le serait quelques mois plus tard. Le dossier ne contient aucun rapport selon lequel l'expert aurait effectivement confirmé la stabilisation qu'il envisageait. Dans un rapport du 2 juin 2020, le Dr M._____ indique, au niveau de l'évolution, une stabilisation de l'état de santé, sans plus de précision, tout en mentionnant la persistance des douleurs du genou. Il estimait qu'une reprise du travail à un taux de 50 % (tolérance aux efforts exigible de 50 % et présence exigible de 50 %) était envisageable. Son avis n'était toutefois pas partagé par la Dre N._____ qui, dans son rapport du 11 mars 2021, considère que la capacité de travail de la recourante est nulle en toutes activités, précisant que lors de la consultation du jour, la patiente marchait toujours avec des béquilles et s'était plainte de douleurs en pleurant durant l'entretien.

e) En l'absence de documents médicaux permettant de se prononcer en connaissance de cause sur l'éventuelle récupération par la recourante d'une capacité de travail dans une activité adaptée, il convient de renvoyer la cause à l'OAI pour complément d'instruction. L'office intimé est invité à instruire l'évolution de l'atteinte à la santé et à déterminer si, et le cas échéant à partir de quand, une capacité de travail dans une activité adaptée est exigible et à quel taux.

5. a) C'est en outre à juste titre que la recourante reproche à l'OAI de ne pas avoir examiné s'il convenait de mettre en place des mesures d'ordre professionnel avant de supprimer son droit à la rente, malgré le fait qu'elle était âgée de près de 60 ans au moment de la décision attaquée.

b) Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, par une diminution du degré d'invalidité, ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi (TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 5.2 ; TF 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les références). La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par voie de révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou de reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cette jurisprudence, qui est également applicable lorsque l'on statue sur la limitation ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente (ATF 145 V 209 consid. 5), ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une

procédure de révision ou de reconsidération ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut pas, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente. Dans de telles situations, l'Office de l'assurance-invalidité doit vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, même si ce dernier a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste (TF 9C_211/2021 du 5 novembre 2021 consid. 3.1 et les arrêts cités). En cas d'allocation à titre rétroactif d'une rente limitée et/ou échelonnée dans le temps - tout comme lors de la révision selon l'art. 17 LPGA du droit à une rente existante -, il faut se fonder sur le moment du prononcé de la décision pour déterminer si l'âge de référence de 55 ans est atteint (ATF 148 V 321 consid. 7.3).

c) En l'occurrence, dans l'hypothèse où l'instruction à mener par l'OAI conduirait à conclure à l'existence d'une récupération d'une capacité de travail ayant un impact sur le droit à la rente, il appartiendra encore à l'OAI d'examiner la nécessité de mettre en œuvre des mesures d'ordre professionnel, et le cas échéant de les mettre en œuvre, avant de procéder à la réduction ou la suppression de la rente.

6. a) Le recours est par conséquent admis.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} 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 31 octobre 2022 par Me Yero Diagne, 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 partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant couvre ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office au vu de la liste des opérations fournie par Me Yero Diagne. Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [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
prononce :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 11 août 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction puis nouvelle décision au sens des considérants.

- 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 Yero Diagne (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 :