

VD_GERICHTE ZD12.043341 vom 12. Dezember 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-12-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD12.043341

FR: VD_GERICHTE ZD12.043341 du 12 décembre 2013

IT: VD_GERICHTE ZD12.043341 del 12 dicembre 2013

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 259/12 - 308/2013 ZD12.043341 CO UR DE S
ASSURANCES S OCIALES _____

Arrêt du 12 décembre 2013 _____ Présidence de Mme BRÉLAZ

BRAILLARD Juges : M. Neu et Mme Pasche Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer *****

Cause pendante entre : X. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me
Jean-Pierre Bloch, avocat à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ
POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. _____ Art. 17 LPG, 28 al.
2 LAI et 88a RAI

- 2 - E n f a i t : A. a) X. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), ressortissante française née en 1967, en Suisse depuis 2002, œuvrait comme aide infirmière pour le compte de l'agence de placement [...], à Lausanne. Le 31 juillet 2008, alors qu'elle travaillait sur le site de l'Institution de [...], elle a été victime d'une distorsion du genou droit en aidant un résident à se lever. S'en est suivie une incapacité de travail totale à compter du 20 août 2008, telle qu'attestée par le Dr H. _____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant, dans différents rapports médicaux successifs, ainsi qu'une opération en date du 29 janvier 2009. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA), qui a pris le cas en charge, en a informé l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'office ou l'OAI) le 29 décembre 2008 à titre de détection précoce. Au terme d'un entretien avec l'assurée du 13 janvier 2009, l'office a estimé que le délai de convalescence ne devait pas excéder quelques mois et que par conséquent, son intervention ne se justifiait pas. Il invitait cependant l'assurée à reprendre contact avec lui si l'évolution devait s'avérer défavorable. Le 6 mai 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), tendant à des mesures professionnelles. Elle a précisé, dans un questionnaire subséquent, qu'elle continuerait à travailler dans le domaine médical à plein temps si elle était en bonne santé. Selon l'extrait de compte individuel de l'assurée du 29 mai 2009, celle-ci a réalisé un revenu annuel variant entre 1'350 fr. et 31'512 fr. pendant les années 1998 à 2007, auprès de différents employeurs.

- 3 - Procédant à l'instruction du cas, l'OAI a interpellé le Dr [...], chirurgien orthopédique au sein du Département de l'appareil locomoteur du [...], lequel a posé, dans un rapport du 2 juin 2009, le diagnostic de status après plastie du ligament croisé antérieur du genou droit. Ce médecin fixait l'incapacité de travail de l'assurée à 100% dans son activité habituelle depuis le 29 janvier 2009, date du début de son hospitalisation. Etait jointe à ce rapport une liste des limitations fonctionnelles de l'intéressée, à savoir: pas d'activité uniquement en position debout, pas d'activité exercée principalement en marchant ou en terrain irrégulier, pas d'agenouillement, pas de soulèvement ou port de charges, pas de travail sur échelle ou sur échafaudage. Le 5 juin 2009, le Dr H. _____ a diagnostiqué une rupture du ligament croisé antérieur du genou droit, opérée par plastie le 29 janvier 2009. Il attestait une

incapacité de travail de 100% à compter du 20 août 2008 dans la profession habituelle. Le Dr [...], chirurgien orthopédique FMH, a diagnostiqué, le 3 juillet 2009, un status après rupture et plastie du ligament croisé antérieur du genou droit. Il précisait qu'il n'était pas exclu que l'assurée ait développé un syndrome algo-neuro-dystrophique frustré en période post-opératoire, ce qui expliquerait la relative lente amélioration, avec une mobilité du genou pas encore totalement retrouvée, de même que la symptomatologie douloureuse atypique (douleur en étai). Selon ce médecin, le tableau clinique n'était toutefois pas mauvais et une reprise de l'activité professionnelle pouvait être envisagée à 50% dans les quatre à six semaines. L'assurée a été examinée par le Dr [...], médecin d'arrondissement de la CNA, le 10 septembre 2009. Le rapport daté du même jour posait les diagnostics d'entorse ligamentaire au genou droit ayant comporté essentiellement une déchirure du ligament croisé antérieur, d'état après plastie avec bon résultat et d'insuffisance thyroïdienne substituée à titre de comorbidité. Le médecin d'arrondissement constatait que le déplacement de l'assurée à plat se

- 4 - faisait sans boiterie mais avec prudence, que le genou droit ne présentait aucun signe inflammatoire, hormis une minime hyperthermie, et qu'il n'y avait pas d'amyotrophie au niveau de la cuisse. Selon lui, il n'existait pas d'obstacle à une reprise immédiate de la profession habituelle, à 50% et sans aménagement aucun, une reprise complète pouvant être exigée environ six semaines plus tard. Il concluait en précisant qu'aucun élément ne semblait justifier une réorientation professionnelle, ni un droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Par courrier du 10 septembre 2009, la CNA a informé l'assurée qu'au vu des conclusions de son médecin d'arrondissement, elle la reconnaissait apte au travail dans son activité antérieure d'aide infirmière à raison de 50% dès le 16 septembre 2009, puis de 100% dès le 2 novembre 2009, et que les indemnités journalières seraient versées en conséquence. b) Le 17 septembre 2009, alors qu'elle venait de reprendre le travail à l'Hôpital de [...], l'assurée a perdu l'équilibre en assistant une patiente et s'est tordu le genou droit. L'événement a été pris en charge par la CNA en tant que suite de l'accident du 31 juillet 2008. Dans un rapport du 15 octobre 2009, le Dr [...], médecin assistant auprès de la Clinique [...], a diagnostiqué une entorse du genou droit avec status post-plastie du ligament croisé antérieur, uniquement en rapport avec l'événement accidentel annoncé. Il a observé que le genou était stable avec des douleurs diffuses globales et attesté une incapacité de travail totale à compter du 17 septembre 2009. Après avoir recueilli l'avis de son Service médical régional (ci-après: SMR), l'OAI a annoncé à l'assurée, le 21 octobre 2009, qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel ne paraissait possible en raison de son état de santé et qu'il allait dès lors examiner son droit à une éventuelle rente d'invalidité.

- 5 - L'assurée a séjourné à la Clinique Z._____ du 9 décembre 2009 au 19 janvier 2010 en vue de sa rééducation et de l'évaluation de ses capacités résiduelles. Dans leur rapport du 12 février 2010, les Drs E._____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, et Q._____, médecin assistant, ont posé le diagnostic primaire de thérapies physiques et fonctionnelles, et les diagnostics secondaires d'entorse du genou droit avec rupture du ligament croisé antérieur le 31 juillet 2008, de plastie du ligament croisé antérieur droit au tiers moyen du tendon rotulien le 29 janvier 2009 et de deuxième entorse du genou droit le 17 septembre 2009. Les comorbidités retenues étaient une hypothyroïdie traitée et une appendicectomie à l'âge de vingt ans. Au terme du séjour hospitalier, les médecins ont constaté que la prise en charge physiothérapique avait amené une amélioration de la force et de la mobilité du genou, mais qu'il persistait des limitations

concernant la marche rapide, l'accroupissement, l'agenouillement et la marche sur terrains irréguliers. Ils étaient d'avis que la situation médicale ne pouvait pas être considérée comme stabilisée et attestaient une incapacité de travail totale dans la profession habituelle d'aide soignante du 9 décembre 2009 au 19 février 2010, à réévaluer par la suite. Etait annexé à ce rapport le compte-rendu d'un consilium psychiatrique établi le 27 janvier 2010 par le Dr S. _____, psychiatre et psychothérapeute FMH. L'assurée y était décrite comme une femme vigile et orientée, sans troubles attentionnels ou mnésiques majeurs, dont la thymie était globalement maintenue, avec des modulations congruentes aux sujets évoqués. Mise à part une prise pondérale depuis le retrait professionnel et l'arrêt de toute activité sportive, aucun signe orientant vers un trouble dépressif constitué n'était décelé. Il n'existait pas non plus d'éléments pour un trouble anxieux, un trouble psychotique ou un trouble de la personnalité. Dans ce contexte, le Dr S. _____ n'avait pas de proposition thérapeutique à formuler, hormis la proposition de participer à quelques séances de relaxation. Dans un rapport médical détaillé du 11 juin 2010 destiné à la Commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs

- 6 - migrants, le Dr H. _____ a exposé que sa patiente n'avait pas encore recouvré la fonction antérieure de son genou droit et qu'elle présentait toujours une instabilité et des douleurs à l'effort, de sorte qu'elle restait en incapacité de travail totale. Il ajoutait qu'elle souffrait depuis lors d'une lombo-sciatalgie droite, probablement consécutive à des troubles de la marche, complication qui avait entraîné une intensification du traitement antalgique. Selon ce médecin, une reprise de l'activité habituelle d'aide soignante n'était plus exigible, aucune amélioration n'étant attendue. En revanche, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressée (pas de flexion, levage ou port de charges fréquent, pas de montée d'escaliers, d'échelles ou de plans inclinés, alternance de la marche et des stations debout et assise), la capacité de travail était jugée pleine et entière. Dans un rapport du 28 juin 2010 adressé au Dr H. _____, le Dr G. _____, chirurgien orthopédique, a observé que la plastie tenait bien, que le genou et la cicatrice étaient calmes, sans épanchement, l'assurée présentant toutefois une amyotrophie de la cuisse droite et des signes méniscaux faiblement positifs du côté interne. Après une première IRM pratiquée au mois de juillet 2009, qualifiée de rassurante, une nouvelle IRM du 21 décembre 2009 révélait une petite déchirure de la corne antérieure du ménisque externe, une fibrose derrière le corps de Hoffa, un amincissement cartilagineux et une probable instabilité du ligament croisé antérieur. Pour ces motifs, le chirurgien estimait qu'une arthroscopie diagnostique était le seul geste pouvant permettre une amélioration éventuelle de l'état de santé de l'assurée, la reprise de la plastie ligamentaire lui paraissant en revanche contre-indiquée. Le 18 août 2010, le Dr H. _____ a indiqué que l'évolution s'était progressivement stabilisée depuis le mois de juin 2009 et qu'elle restait inchangée depuis l'automne 2009. Au vu d'une IRM du genou droit réalisée le 14 juillet 2010, il confirmait que la plastie semblait bien tenir, que le genou était calme, sans épanchement, et que la mobilisation flexion-extension était pratiquement normale à l'exception d'une amyotrophie sur le tendon du quadriceps et du mollet droits. De l'avis de

- 7 - ce médecin, l'assurée bénéficiait d'une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée à son état de santé depuis l'accident de 2008. Le Dr R. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, a diagnostiqué, dans un rapport du 1er septembre 2010, des douleurs résiduelles au niveau du genou droit après entorse avec rupture du ligament croisé antérieur le 31 juillet 2008, une plastie du ligament croisé antérieur droit au tiers moyen du

tendon rotulien le 29 janvier 2009, une deuxième entorse du genou droit le 17 septembre 2009, une hypothyroïdie traitée et une appendicectomie à l'âge de vingt ans. Il a observé, à l'examen clinique, que le genou en question était sec et stable avec une flexion-extension complète, mais qu'il existait une douleur assez importante à la palpation de tout l'interligne articulaire interne et externe, ainsi qu'une amyotrophie de la cuisse et du mollet droits. L'IRM du 14 juillet 2010 avait mis en évidence de discrets signes d'irritation osseuse antérieure au niveau du tibia accompagnés par une synovite modérée prédominant sur le pivot central et antérieurement, à l'instar de quelques petits foyers de méniscopathie et d'un kyste pluriloculé de Baker. Dans ces conditions, le médecin d'arrondissement de la CNA considérait que la situation n'était pas encore stabilisée, mais que quelle que soit l'évolution future du genou, il était pratiquement certain qu'elle ne permettrait pas à l'assurée de reprendre son ancienne activité professionnelle. En revanche, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressée (pas de marche ininterrompue de plus de dix à quinze minutes, pas de marche en terrain irrégulier, pas d'escalier, pas de travail nécessitant la position à genoux ou des genuflexions, pas de port de lourdes charges de plus de vingt kilos), la capacité de travail était jugée entière. Le 11 octobre 2010, le Dr G. _____ a confirmé les diagnostics posés par le Dr R. _____, tout en précisant que l'hypothyroïdie et l'appendicectomie étaient sans effet sur la capacité de travail de l'assurée. Son examen révélait une flexion-extension du genou droit de 130°-0°-0°, une cicatrice calme et une amyotrophie de la cuisse droite, mais pas d'épanchement du genou ni d'instabilité antéropostérieure ou latérale. Selon lui, la capacité de travail était nulle dans la profession d'aide

- 8 - soignante depuis le mois de juillet 2008, mais entière dans une activité sans déplacement répétitif et sans port de charge. Le praticien énumérait ensuite les contre-indications suivantes: activité uniquement en position debout, activité exercée principalement en marchant ou en terrain irrégulier, positions accroupies et à genoux, rotation en positions assise et debout, soulever et porter des charges de plus de 5 kg, monter des escaliers, sur une échelle ou un échafaudage. c) En date du 11 octobre 2010, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet d'acceptation de rente, par lequel il lui reconnaissait le droit à une rente entière d'invalidité pour une période limitée du 6 novembre 2009 au 30 novembre 2010. Il considérait qu'à compter du 1er septembre 2010, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, telle une activité industrielle légère, et que le droit à la rente devait donc prendre fin trois mois après cette amélioration. En outre, compte tenu d'un taux d'invalidité de 13,82 %, le droit à un reclassement n'était pas ouvert. Le même jour, l'OAI a avisé l'assurée qu'elle pourrait bénéficier d'une aide au placement. d) Le 16 octobre 2010, l'assurée s'est fait bousculer par un individu dans un centre commercial à Lausanne et s'est derechef tordu le genou droit. Elle a consulté le Dr H. _____, lequel a diagnostiqué une distorsion traumatique du genou droit, due tant à cet événement qu'à l'accident de 2008. L'incapacité de travail était fixée à 100% pour une durée indéterminée. Après avoir examiné l'assurée, le 6 décembre 2010, le Dr R. _____ a constaté que, par rapport à son examen du 1er septembre 2010, il n'existait plus de douleur à la palpation au niveau de l'interligne articulaire externe; la sollicitation du ménisque interne était par contre clairement douloureuse et la différence la plus notoire résultait du fait que le tiroir à droite paraissait plus important qu'à gauche. Le médecin d'arrondissement concluait qu'une pleine capacité de travail était toujours

- 9 - exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précédemment définies. Sur demande de la CNA, l'employeur de l'assurée a précisé, le 6 décembre 2010, que cette dernière aurait touché un salaire horaire de 26 fr. 50 en 2010 pour 40 heures de travail hebdomadaires si elle n'avait pas été accidentée. Par missive du 31 janvier 2011, l'assurée a fait part à l'OAI de ses objections relatives au projet de décision du 11 octobre 2010. Elle niait en substance toute amélioration de son état de santé, rappelant qu'elle n'avait pas retrouvé la fonction antérieure de son genou droit et qu'elle présentait de surcroît une lombo-sciatalgie qui l'empêchait de rester longuement assise. Elle demandait en outre à pouvoir bénéficier de mesures de reclassement, arguant que son incapacité de gain avoisinait les 20 pour cent. Elle se prévalait notamment d'un bilan physiothérapeutique attestant une gonalgie chronique. Par décision du 11 février 2011, la CNA a reconnu le droit de l'assurée à une rente d'invalidité de 12% à compter du 1er décembre 2010, pour les séquelles de l'accident survenu le 31 juillet 2008. Dite décision n'a pas fait l'objet d'un recours de la part de l'intéressée. e) Le 22 janvier 2011, le genou droit de l'assurée s'est dérobé alors qu'elle montait des escaliers. Le cas a été annoncé à la CNA le 25 janvier suivant. Dans un questionnaire du 15 février 2011, l'intéressée a indiqué à la caisse qu'il ne s'était rien produit de particulier lors de l'événement, en particulier qu'elle n'avait ni glissé ni chuté. Le Dr H. _____, qui a prodigué les premiers soins, a diagnostiqué, le 16 février 2011, une entorse du genou droit. Selon lui, cette lésion n'était pas uniquement due à l'événement en question, mais était partiellement post-opératoire et partiellement accidentelle. Une reprise du travail n'était pas envisagée avant le 26 janvier 2011.

- 10 - L'assurée est ensuite allée consulter le Dr B. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, en date du 15 mars 2011. Dans un rapport du 13 mai 2011, celui-ci a indiqué que l'examen clinique était rassurant, sans épanchement, troubles de morphotype ou limitation fonctionnelle, l'extension étant complète, avec une flexion de 130°, sans laxité dans les différents plans. Dans ce contexte, il ne disposait d'aucune explication relative aux gonalgies et ne suggérait dès lors ni intervention chirurgicale ni examens complémentaires, en l'absence d'éléments contributifs. Dans une appréciation médicale du 21 juillet 2011, le Dr R. _____ a estimé que la dernière entorse de janvier 2011 constituait un nouvel événement qui n'avait pas de rapport de causalité pour le moins probable avec l'accident initial du 31 juillet 2008. Il précisait toutefois que ce dernier avait rendu le genou droit de l'assurée plus sensible et que toute nouvelle entorse, même bénigne, avait donc pour conséquence de décompenser une pathologie préexistante, de manière transitoire avec un retour rapide à l'état de statu quo sine. Selon ce médecin, ce statu quo sine était largement atteint le 15 mars 2011, date de l'examen du Dr B. _____, qui était superposable au sien. Par décision du 18 août 2011, la CNA a mis fin à la prise en charge du traitement médical. Faisant référence aux différentes constatations médicales, elle considérait que l'événement du 22 janvier 2011 ne constituait ni un accident, ni une lésion corporelle assimilée à un accident, et qu'il n'existait pas de lien de causalité avéré ou probable avec les lésions survenues le 31 juillet 2008. Elle ajoutait que, dans la mesure où les séquelles du premier accident ne s'étaient pas aggravées et que la reprise d'un traitement médical ne se justifiait pas, seule une rente d'invalidité pouvait entrer en considération. L'assurée y a fait opposition. L'OAI a soumis le dossier au SMR pour appréciation. Dans un rapport du 18 octobre 2011, les Drs [...] et [...] ont considéré qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'appréciation de la CNA, selon laquelle l'assurée présentait une pleine capacité de travail exigible dans une activité

- 11 - adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 1er septembre 2010. Ces médecins étaient d'avis que les différents événements survenus depuis lors n'avaient pas entraîné d'incapacité de travail durable. En date du 16 juillet 2012, l'OAI a averti l'assurée que l'actualisation de sa situation médicale le confortait dans sa position, à savoir que la capacité de travail était pleinement exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Il lui annonçait dès lors qu'elle allait prochainement recevoir de la caisse de compensation une décision sujette à recours dans ce sens. Le 3 septembre 2012, l'assurée a envoyé à l'OAI une attestation de physiothérapie, ainsi qu'un rapport du Dr M. _____, chirurgien orthopédique et traumatologue FMH, du 23 août 2012. Il résultait en particulier de ce rapport que l'intéressée présentait régulièrement des douleurs en regard du tendon rotulien sous forme d'une tendinite associée à un conflit fémoro-patellaire, en lien avec la plasticité ligamentaire et donc avec le traumatisme de 2008, de même qu'une symptomatologie de type mécanique en relation avec une méniscose dégénérative post-traumatique à l'origine également d'une inégalité des membres inférieurs de moins d'un centimètre. Par décision du 24 septembre 2012, l'OAI a confirmé son projet du 11 octobre 2010. Dans une motivation séparée et non datée, il a maintenu que, si la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle, elle était pleinement exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de marche ininterrompue de plus de dix à quinze minutes, pas de marche en terrain irrégulier, pas d'escalier, pas de travail nécessitant la position à genoux ou des genuflexions, pas de port de lourdes charges de plus de vingt kilos) à compter du 1er septembre 2010. Après comparaison des revenus d'invalidité (47'315 fr. 25) et sans invalidité (54'908 fr. 90), il en résultait un degré d'invalidité de 13,82 %, lequel n'ouvrait pas droit à un éventuel reclassement. Fort de ces éléments, l'OAI reconnaissait le droit à une rente entière d'invalidité depuis le 6 novembre 2009, soit six mois après le dépôt de la demande de

- 12 - prestations, jusqu'au 30 novembre 2010, savoir trois mois après l'amélioration de l'état de santé. B. X. _____ a recouru contre cette décision par acte du 25 octobre 2012, en concluant au maintien de la rente allouée dès et y compris le 1er décembre 2010. Elle soutient qu'elle n'est plus à même de récupérer une quelconque capacité de travail, référence faite en particulier à l'attestation du Dr M. _____ du 23 août 2012 ainsi qu'à un certificat de son physiothérapeute du 22 octobre 2012, annexé au mémoire de recours, mentionnant une instabilité chronique du genou droit et une éventuelle prothèse à court terme. La recourante estime au surplus que l'activité retenue par l'OAI est tout simplement irréaliste, voire inexistante au regard de sa formation et de ses limitations fonctionnelles. Elle requiert enfin la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire à titre de mesure d'instruction. Dans sa réponse du 20 décembre 2012, l'OAI conclut au rejet du recours. Il constate que les documents produits par la recourante n'apportent pas d'élément nouveau et ne se prononcent pas sur la capacité de travail. Il rappelle au demeurant que le revenu d'invalidité est calculé sur une base statistique, conformément à la jurisprudence. Le 27 février 2013, la recourante a encore produit une attestation de physiothérapie, ainsi qu'un rapport du Dr M. _____ du 19 février 2013, certifiant qu'elle présente des séquelles d'un traumatisme avec lésions ligamentaires réparées chirurgicalement de son genou droit et aggravées de troubles dégénératifs comme évolution naturelle de ce genre de lésions avec conflit fémoro-patellaire, nécessitant une adaptation professionnelle. A également été produit un certificat du Dr J. _____, psychiatre et psychothérapeute FMH, du 12 février 2013, selon lequel la recourante présente une symptomatologie dépressive et anxieuse aggravée depuis mi-janvier 2013, en lien avec sa pathologie orthopédique du genou, qui entraîne des idées

de dévalorisation, la diminution de l'estime de soi, des ruminations suicidaires et un sentiment de désespoir.

- 13 - Dans ses déterminations du 25 mars 2013, l'OAI relève que le Dr J._____ n'a été consulté qu'à compter du mois de février 2013, qu'il ne se prononce pas sur une éventuelle incapacité de travail et que le dossier n'a jamais fait état d'une problématique psychiatrique jusqu'à présent. Il estime au demeurant que les limitations fonctionnelles évoquées par le Dr M._____ et le physiothérapeute rejoignent celles retenues dans la décision entreprise. Le 14 mai 2013, la recourante a enfin produit une attestation du Dr C._____, généraliste, du 24 avril 2013, faisant état d'une symptomatologie dépressive pour laquelle elle a dû être mise au bénéfice d'un traitement anti-dépresseur et adressée à un psychiatre. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'AI, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

- 14 - b) En l'occurrence, il est curieux de constater que la décision litigieuse, datée du 24 septembre 2012 et munie des voies de droit, a été établie postérieurement à sa motivation, laquelle n'est pas datée mais a été enregistrée le 16 juillet 2012 dans le dossier de l'OAI. Aucun élément ne permet de déterminer avec certitude à quelle date cette motivation est parvenue à la recourante. Il ressort toutefois du courrier adressé par l'office intimé à cette dernière, le 16 juillet 2012 précisément, que la décision sujette à recours devait lui parvenir ultérieurement par le biais de la caisse de compensation. A cette même date, l'OAI a d'ailleurs adressé ladite motivation à la Caisse cantonale AVS en vue de la notification de la décision. Dans ces conditions, on partira du principe que la motivation de la décision attaquée a été notifiée à la recourante en même temps que cette dernière, le 24 septembre 2012, de sorte que le délai de recours de trente jours ne commençait à courir qu'à partir du lendemain au plus tôt. Le recours apparaît donc interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente, ce que l'OAI ne conteste d'ailleurs pas; il respecte au surplus les autres conditions de formes prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA). Il y a donc lieu d'entrer en matière. 2. Est litigieuse la question de savoir si c'est à juste titre que l'OAI a limité le droit de la recourante à une rente d'invalidité à la période du 6 novembre 2009 au 30 novembre 2010, singulièrement si le dossier médical permettait de conclure à une amélioration de l'état de santé justifiant la suppression de la rente. 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine

d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou

- 15 - psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: un taux de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière. b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se base sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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

- 16 - raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 125 V 351 consid. 3a; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2). c) Selon la jurisprudence, une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2d; TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V

371 consid. 2b; TF 9C_795/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.1). Selon l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité

- 17 - d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2). 4. a) Dans le cas d'espèce, seules doivent être prises en considération les affections somatiques de la recourante, savoir les problèmes de genou présentés consécutivement à l'accident du 31 juillet 2008. Il n'y a en effet pas lieu d'entrer en matière sur les éventuels problèmes psychiques annoncés au cours des échanges d'écritures: ces faits étant postérieurs à la décision entreprise, ils devront faire l'objet, cas échéant, d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1; TF 9C_488/2012 du 25 janvier 2013 consid. 3.1). b) La recourante a été victime de plusieurs distorsions successives de son genou droit, les 31 juillet 2008, 17 septembre 2009, 16 octobre 2010 et 22 janvier 2011. Au vu du dossier, tous les médecins consultés depuis l'automne 2009 sont unanimement d'avis qu'elle n'est plus à même de reprendre son ancienne profession d'aide soignante. L'OAI ne conteste pas cette appréciation, puisqu'il reconnaît, dans sa décision attaquée, qu'au regard des éléments médicaux en sa possession, la capacité de travail dans l'activité habituelle de l'assurée est nulle. Est en revanche litigieuse la question de la capacité de travail exigible de la recourante dans une activité adaptée à ses limitations

- 18 - fonctionnelles. A cet égard, l'OAI fait sienne l'opinion du SMR, qui s'est lui-même rallié à l'appréciation de la CNA, selon laquelle l'assurée présenterait une pleine capacité de travail dans une telle activité à compter du 1er septembre 2010. Suite à l'accident du 31 juillet 2008 et, en particulier, la plastie pratiquée à la fin du mois de janvier 2009, l'état de santé de la recourante a connu une évolution lentement favorable. L'événement accidentel du 17 septembre 2009 a toutefois provoqué une nouvelle entorse et nécessité une rééducation auprès de la Clinique Z._____. Au terme de ce séjour, les Drs E._____ et Q._____ ont d'ores et déjà pu constater une amélioration de la force et de la mobilité du genou, malgré quelques limitations persistantes. Il ressort du dossier que l'état de santé de la recourante s'est ensuite progressivement amélioré. Dès le 11 juin 2010, le Dr H._____ a attesté une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énumérées, cela nonobstant une lombo-sciatalgie droite nouvellement signalée. Le 18 août suivant, le médecin traitant a confirmé son appréciation au regard d'une IRM récente et constaté de surcroît que la mobilisation flexion-extension était pratiquement normale. Le Dr G._____ a pu observer pour sa part, le 28 juin 2010, que la plastie tenait bien, que le genou et la cicatrice étaient calmes, sans épanchement, et qu'aucun traitement particulier n'était à conseiller. Quelques mois plus tard, soit le 11 octobre 2010, ce même médecin a maintenu sa position après que son examen a révélé

également une bonne extension du genou. Quant au Dr R. _____, il a rejoint, dans son rapport du 1er septembre 2010, l'avis de ses collègues. Il a confirmé que le genou était sec et stable avec une flexion-extension complète, malgré une douleur résiduelle, et estimé que la capacité de travail était pleinement exigible dans une activité respectant les limitations fonctionnelles indiquées. Ainsi, tous ces médecins sont d'avis que l'état de santé de la recourante s'est amélioré de manière durable depuis sa rééducation au

- 19 - point de pouvoir reprendre, à plein temps, une activité adaptée à celui-ci. Que l'OAI ait finalement repris la date du rapport du médecin d'arrondissement de la CNA et non pas celles, antérieures, de l'appréciation des Drs H. _____ ou G. _____ ne prête pas le flanc à la critique. Cette solution est d'ailleurs favorable à l'assurée. Quant aux deux derniers événements des 16 octobre 2010 et 22 janvier 2011, les pièces médicales figurant au dossier ne permettent pas de considérer qu'ils ont entraîné une péjoration significative de l'état de santé de la recourante. Bien au contraire, après avoir examiné cette dernière en décembre 2010, le Dr R. _____ lui a reconnu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Enfin, les résultats de l'examen effectué en mars 2011 par le Dr B. _____ se sont révélés rassurants, sans épanchement, troubles de morphotype ou limitation fonctionnelle, l'extension de l'articulation étant complète. Selon ce médecin, il n'existe pas d'explication relative aux gonalgies de l'intéressée, en l'absence d'éléments contributifs. Au vu de ces éléments, il n'est pas possible de suivre la recourante lorsqu'elle soutient, à l'encontre des avis concordants des différents médecins consultés, qu'elle n'est plus à même de récupérer une quelconque capacité de travail. Il y a lieu de retenir, avec l'OAI, qu'elle dispose au contraire d'une capacité de travail pleinement exigible dans une activité légère à compter du 1er septembre 2010. Les documents produits par la recourante à l'appui de ses écritures ne sont pas susceptibles de remettre en cause ces conclusions, dans la mesure où ils ne se prononcent pas sur une éventuelle incapacité de travail résultant des affections signalées. De plus, des attestations de physiothérapie ne sauraient faire obstacle à l'appréciation concourante de médecins expérimentés, dont les rapports remplissent tous les réquisits nécessaires à se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. supra, consid. 3b).

- 20 - Le dossier médical étant suffisamment complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, telle que requise par la recourante à titre de mesure d'instruction supplémentaire, ne se justifie pas (appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 136 I 229 consid. 5.3; TF 9C_271/2013 du 5 novembre 2013 consid. 3.2 et les références citées). c) Il résulte de ce qui précède qu'il y a eu modification des circonstances propres à entraîner la suppression, par voie de révision au sens de l'art. 17 LPGA, du droit à la rente d'invalidité pour la période postérieure au 30 novembre 2010, soit après un délai de trois mois d'amélioration de l'état de santé de la recourante (cf. art. 88a RAI). 5. S'agissant du calcul du préjudice économique, l'OAI a retenu un revenu d'invalidé de 47'315 fr. 25 en se fondant sur l'enquête suisse sur la structure des salaires. Ce montant, ainsi que le revenu sans invalidité de 54'908 fr. 90, fixé sur la base de l'enquête salariale REA, ne sont pas contestés par la recourante. La comparaison de ces valeurs aboutit à un degré d'invalidité de 13,82%, soit nettement inférieur au seuil de 40% ouvrant droit à une rente (cf. art. 28 al. 2 LAI). Bien que l'on puisse émettre certaines réserves quant au respect par l'office intimé des exigences posées par la jurisprudence pour la prise en compte des enquêtes salariales REA (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.2; TF I 805/05 du 30 novembre 2006 consid. 6; TF I 911/05 du 26 avril 2006 consid. 5.4.2), cette question peut souffrir de demeurer ouverte. En effet, que l'on se

réfère aux indications de l'employeur du 6 décembre 2010 ou aux données statistiques en raison du fait que la recourante n'avait occupé que des postes temporaires de manière irrégulière avant son atteinte à la santé, la comparaison des revenus (cf. art 16 LPGGA) ne permet pas de parvenir à un résultat ouvrant droit à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité. 6. Pour tous ces motifs, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

- 21 - En dérogation à l'art. 61 let. a LPGGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 500 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGGA et 55 al. 1 LPA-VD). 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 24 septembre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. (cinq cents francs), sont mis à la charge de X._____. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du

- 22 - L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Jean-Pierre Bloch (pour X._____), - 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.