

# VD\_GERICHTE ZD22.013135 vom 2. Februar 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-02-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD22.013135](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.013135)

FR: VD\_GERICHTE ZD22.013135 du 2 février 2023

IT: VD\_GERICHTE ZD22.013135 del 2 febbraio 2023

## Erwägungen

### E. 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).

- 11 - 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).

- 12 - 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 1er 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]).

## **E. 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.

## **E. 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 18e 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

- 14 - 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).

#### **E. 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

- 15 - droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1er 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

- 16 - 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 1er octobre 2019, d'une évolution caractérisée par la persistance de douleurs de la face externe et interne

- 17 - 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.

- 18 - 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.

## **E. 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

- 19 - 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.

## **E. 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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige. c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Après examen de la liste des opérations déposée le 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

- 20 - 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]).

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