

VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 959 vom 11. Januar 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-01-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2021__959

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 959 du 11 janvier 2022

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 959 del 11 gennaio 2022

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, MESURE DE RÉADAPTATION{ASSURANCE SOCIALE}, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, DURÉE DU DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, APPRÉCIATION ANTICIPÉE DES PREUVES | 28 al. 1 LAI, 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 61 let. c LPGA, 88a al. 1 RAI

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales Arrêt / 2021 / 959

RENTE D'INVALIDITÉ, MESURE DE RÉADAPTATION{ASSURANCE SOCIALE}, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, DURÉE DU DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, APPRÉCIATION ANTICIPÉE DES PREUVES | 28 al. 1 LAI, 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 61 let. c LPGA, 88a al. 1 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 85/21 - 8/2022 ZD21.009881 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 11 janvier 2022 _____

Composition : Mme Berberat , présidente MM. Berthoud et Gutmann, assesseurs Greffier : M. Germond ***** Cause pendante entre : P. _____ , au [...], recourante, représentée par Me Hüsni Yilmaz, avocat à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé.

_____ Art. 6 s. et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 et 59 al. 2 bis LAI ; 88a RAI E n f a i t : A. P. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'employée spécialisée en photographie, travaillait à plein temps, depuis le 4 septembre 2000, en qualité d'agente de saisie d'atelier auprès de la société C. _____ SA au [...]. L'assurée a présenté une incapacité de travail à 100 % depuis le 12 septembre 2018, puis à 70 % dès le 3 décembre 2018, à 50 % dès le 19 août 2019 et enfin à 40 % dès mars 2020 en raison de gonalgies droites à la suite d'un surmenage au cours d'une activité physique intense à l'été 2018. Z. _____, assureur perte de gain de l'employeur a versé des indemnités journalières. Par courrier du 8 août 2018 adressé au Dr J. _____ de l'Hôpital de [...], le Dr G. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a demandé à son confrère de bien vouloir convoquer l'assurée active physiquement (VTT, Nordic walking, fitness) à sa consultation pour un avis chirurgical concernant son genou droit. Les examens radiologiques effectués avaient mis en évidence une chondropathie au niveau du condyle fémoral externe et fémoro patellaire. L'assurée vivait seule, au troisième étage sans ascenseur, et les traitements conservateurs mis en œuvre comme les différentes infiltrations d'acide hyaluronique, cortisone et plasma riche en plaquettes n'avaient apporté aucune amélioration. Il existait une grabatisation de l'intéressée. Un rapport IRM (imagerie par résonance magnétique) du genou droit du 5

septembre 2018, signé de la Dre V. _____, radiologue, a montré un défaut cartilagineux au niveau du condyle fémoral externe, une importante chondropathie fémoro-patellaire, mais pas de déchirure méniscale. Le 20 février 2019, l'assurée a déposé une demande de prestations en raison de gonalgies droites auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). D'après le questionnaire 531bis du 25 mars 2019, l'assurée en bonne santé travaillerait à 100 % depuis le 21 janvier 1993 par nécessité financière. Dans le « questionnaire pour l'employeur » adressé à l'OAI le 27 mars 2019, il est mentionné que l'assurée, dans son activité d'agente de saisie d'atelier, faisait naviguer les pièces du stock vers les autres ateliers et avait besoin de se déplacer souvent dans sa journée pour prendre des pièces dans les ateliers et aller chercher les conditionnements spécifiques, etc. Depuis sa reprise de travail, à 30 %, celle-ci effectuait des tâches de mise en plateau/comptage de pièces ne nécessitant pas beaucoup de déplacements et limitant ainsi son mal de genou ; l'employeur avait ainsi essayé d'adapter le poste au taux de travail et à la capacité physique actuelle de sa collaboratrice. Le salaire annuel brut de l'assurée était de 64'318 fr. depuis le 1^{er} janvier 2019. Un rapport de scintigraphie osseuse du 31 octobre 2019, signé de la Dre E. _____, spécialiste en médecine nucléaire, se termine comme suit : « Conclusion Algoneurodystrophie du genou droit (SDRC). L'hypoperfusion du genou droit visible lors de la phase précoce et la fixation osseuse conservée évoquent une phase tardive « atrophique » ou froide. Le CT de basse résolution montre un aspect moucheté du genou droit avec de nombreux kystes rotulien, fémoraux distaux et tibiaux proximaux surtout de localisation sous-chondrale. Pas de fixation anormale du rachis cervico-dorsolombaire. » Par rapport du 28 janvier 2020 adressé à l'OAI, la Dre L. _____, spécialiste en rhumatologie, consultée pour la dernière fois le 26 juin 2019, a posé le diagnostic incapacitant de gonalgies droites (chondropathie fémoro-condylienne externe fémoro-patellaire). Attestant une incapacité de travail de 50 % depuis le 26 juin 2019, cette médecin a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : « éviter les escaliers, terrains accidentés, aucune charge, pas de trajet prolongé en voiture, éviter les positions à genoux ou accroupie ». A son avis, la capacité de travail de l'intéressée était de 50 % dans l'activité exercée. Elle ne se prononçait toutefois pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée à l'état de santé. Dans un rapport du 4 février 2020 à l'OAI, posant le diagnostic incapacitant de gonalgies droites, le Dr K. _____, médecin traitant, a conclu à une capacité de travail de l'assurée de 50 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée depuis le mois de septembre 2019 (avec une augmentation de 10 % en janvier 2020 dans une activité adaptée) en raison de douleurs invalidantes, de mobilité réduite et de traits dépressifs en apparition. Dans leur rapport du 10 mars 2020 relatif à une consultation du 3 février 2020, les Drs M. _____ et A. _____, respectivement chef de clinique et médecin assistant, du Département de l'appareil locomoteur (DAL) au CHUV, ont diagnostiqué un syndrome douloureux régional complexe au niveau du genou droit incapacitant. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : « limitation de la capacité à faire de longs trajets en voiture manuelle, à la montée et descente des escaliers, ainsi que limitation au niveau du périmètre de marche ». Sans se prononcer sur la capacité de travail dans l'activité exercée, ces médecins spécialistes indiquaient qu'il était improbable que l'assurée puisse reprendre une capacité de travail de 100 % dans son ancien poste. Ils estimaient par contre la capacité de travail de celle-ci dans une activité adaptée à huit heures par jour. Aux termes d'un rapport médical du 10 juin 2020, le Dr N. _____, du SMR (Service régional médical de l'assurance-invalidité), a retenu, comme atteinte principale à la santé, un syndrome

douloureux régional complexe du genou droit (M89.08). L'évolution de l'incapacité de travail de l'assurée était la suivante : - 100 %, du 12 septembre 2018 au 2 décembre 2018 ; - 70 %, du 3 décembre 2018 au 18 août 2019, et ; - 50 % depuis le 19 août 2019. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : « éviter de faire des trajets prolongés en voiture (boîte manuelle), éviter de monter et descendre des escaliers (échafaudage, échelle), éviter les marches prolongées (réduction du périmètre de marche) et sur terrain irrégulier, pas d'activité à genoux ou accroupie, et privilégier les activités semi-sédentaires ou sédentaires ». Faisant siennes les conclusions des médecins spécialistes en médecine physique et réadaptation, du rhumatologue ainsi que du médecin traitant, le médecin du SMR a retenu que, depuis le 12 septembre 2018, l'incapacité de travail avait évolué comme indiqué ci-avant, et que, depuis le 19 août 2019, la capacité de travail de l'assurée était de 50 % dans l'activité d'agent logisticien. Dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles listées, la capacité de travail était de « 100 % depuis au moins le 03.02.2020 ». Dans leur rapport du 14 juillet 2020 au médecin traitant, consécutif à une consultation de l'assurée en date du 8 juillet 2020, les Drs M._____ et A._____ ont posé les diagnostics de syndrome douloureux régional complexe au niveau du genou droit, de probable épicondylite latérale du coude droit et de hallux valgus des deux côtés. On extrait en particulier ce qui suit de ce rapport : “ Discussion : Sur le plan du syndrome douloureux régional complexe au niveau du genou droit, je reprends les mêmes propositions que j'avais faites lors de la dernière consultation, c'est-à-dire de débiter un traitement médicamenteux visant à un contrôle des douleurs neuropathiques et en espérant une évolution favorable sur le long terme. La patiente se montre réticente, mais accepte finalement de débiter un traitement par Gabapentine à commencer progressivement et avec une dose qui devra être titrée à la hausse par le médecin traitant, tant que les effets secondaires restent tolérables. L'alternative qui pourra aussi être prise de façon concomitante serait un traitement par Duloxétine, que nous laisserons la patiente rediscuter avec vous-même en fonction de l'évolution sous monothérapie par agonistes Gaba. Sur le plan des douleurs aux coudes qui à l'anamnèse semblent plutôt inflammatoires, mais avec un examen physique qui parle clairement pour une cause mécanique sur épicondylite, j'ai proposé à la patiente un traitement conservateur par physiothérapie, ce qu'elle n'a pas souhaité. Elle préfère d'abord un avis rhumatologique qu'elle prendra chez un rhumatologue installé. Finalement, concernant les douleurs mécaniques au niveau des pieds, elles semblent clairement dues à un hallux valgus symptomatique pour lequel je propose un avis auprès des chirurgiens du pied. [...] ”. Selon le document « REA – Rapport final » du 13 août 2020, l'état de santé de l'assurée contre-indiquait la poursuite de l'emploi d'agente de saisie d'atelier exercé chez C._____ SA depuis 2000 à plein temps. Le 11 septembre 2019, l'employeur avait informé l'OAI de l'adaptation du poste de travail de l'intéressée, laquelle ne travaillait plus à l'expédition, mais au contrôle qualité. Dans un courriel du 27 juillet 2020, l'employeur précisait que l'assurée travaillait à 60% dans un emploi adapté depuis le 1 er mars 2020, mais qu'elle n'était pas « en capacité physique de travailler plus pour l'instant » et que le salaire à 100 % n'avait pas été modifié par rapport à l'ancienne fonction et qu'il se montait à 64'318 fr. (2019) et à 64'513 francs (2020). Le 24 août 2020, le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, consulté les 4 et 24 août 2020, a posé le diagnostic principal de séquelles d'algoneurodystrophie au genou droit avec raideur (CRPS) ainsi que celui, secondaire, d'épitrôchléite bilatérale débutante. Dans l'anamnèse, ce médecin notait que l'assurée estimait ne pas être en mesure de travailler au-delà du taux de 60 % dans son poste adapté dans le conditionnement de pièces

horlogères au sein de la société C. _____ SA. Le Dr F. _____ indiquait partager l'appréciation de ses confrères du service de rééducation du CHUV les Drs M. _____ et A. _____. De son point de vue, le pronostic de récupération sur le plan articulaire, après plus de deux ans de symptômes, avec un genou en partie raide, était réservé. Sur le plan thérapeutique, la poursuite d'une physiothérapie était souhaitable pour lutter contre le déconditionnement du quadriceps, à visée antalgique, ainsi que contre la raideur. L'assureur perte de gain de l'employeur a mis fin au versement des indemnités journalières au 24 octobre 2020 (procès-verbal d'un entretien téléphonique du 5 octobre 2020 entre le case manager de Z. _____ et un collaborateur de l'OAI). On extrait en particulier ce qui suit du document interne à l'OAI intitulé « Examen du droit à la rente » du 1^{er} septembre 2020 : “ Commentaires : Selon rapport final REA du 13.08.2020 : l'assurée travaille à 60% depuis le 01.03.2020 dans un emploi adapté aux LF [limitations fonctionnelles], chez le même employeur (cf. note entretien entreprise_13.08.2020). Elle ne pourrait pas travailler plus selon le mail de l'employeur dans la GED au 13.08.2020, mais nous n'avons pas de précisions du SRP [service de réadaptation professionnelle] et ne savons pas pourquoi elle ne pourrait pas travailler à 100% alors que le poste serait adapté aux LF... . Le SMR considère que l'assurée a une CT [capacité de travail] de 100% dans une AA [activité adaptée] depuis le 03.02.2020 au moins (rapport du 10.06.2020). ” Par projet d'acceptation de rente du 2 septembre 2020, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui allouer une demi-rente limitée dans le temps, soit du 1^{er} septembre 2019 (un an après l'incapacité de travail débutée le 12 septembre 2018) au 31 mai 2020 (trois mois après l'amélioration constatée depuis le 3 février 2020 au moins). Ses constatations étaient les suivantes : “ Vous avez déposé une demande de prestations AI le 20 février 2019. Selon les renseignements en notre possession, votre incapacité de travail a débuté le 12 septembre 2018. C'est donc à partir de cette date que commence à courir le délai d'attente d'une année. A l'échéance de ce délai d'attente, nous relevons que votre capacité de travail est de 50%. Le droit à une demi-rente est donc ouvert. Après analyse de votre situation médicale, il ressort que vous conservez une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles (soit : éviter de faire des trajets prolongés en voiture [si boîte manuelle], éviter de monter et descendre des escaliers [échafaudage, échelle], éviter les marches prolongées [réduction du périmètre de marche] et sur terrain irrégulier, pas d'activité à genoux ou accroupie, privilégier les activités semi-sédentaires ou sédentaires), et ce depuis le 3 février 2020 au moins. Pour déterminer votre degré d'invalidité, nous devons évaluer le préjudice économique que vous subissez. Pour ce faire, il convient de comparer le revenu que vous auriez pu réaliser en bonne santé, soit CHF 64'513.-, avec celui auquel vous pouvez prétendre dans une activité adaptée à votre atteinte. Dans votre situation, étant donné que vous n'avez pas repris d'activité professionnelle adaptée à 100%, la jurisprudence prévoit de se référer aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique pour évaluer votre revenu avec invalidité. En l'occurrence, le salaire que peut percevoir une femme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services est de CHF 55'229.39 à 100%, en 2020 (par exemple : surveillance d'un processus de production, contrôle qualité, activité industrielle légère, conditionnement dans l'industrie pharmaceutique). Par ailleurs, vos années de service justifient d'appliquer un abattement de 5% sur le salaire statistique précité. Votre revenu d'invalidité est donc de CHF 52'467.92.

Comparaison des revenus : Revenu sans atteinte à la santé	CHF	64'513.00	Revenu
avec atteinte à la santé	CHF	52'467.92	Perte de revenu
			CHF 12'045.08

Degré d'invalidité 18,7% Par conséquent, le droit à la demi-rente prend fin au 31 mai 2020,

soit trois mois après l'amélioration de votre capacité de travail (art. 88 a al. 1 RAI). Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente ." Le 16 septembre 2020, l'assurée a contesté être en mesure de travailler au-delà de son taux actuel de 60 % dans le poste de travail adapté qu'elle occupait auprès de son employeur, estimant que seul l'octroi d'une rente partielle d'une durée indéterminée était susceptible de lui permettre de conserver cet emploi à temps partiel sur le long terme. Se prévalant notamment d'un certificat médical du 14 octobre 2020 du Dr K. _____, elle déplorait l'absence de convocation à une expertise rhumatologique de la part de l'OAI auquel elle demandait de réexaminer sa position médicale. Par avis médical intitulé « Audition – 1 ère demande » du 14 décembre 2020, le Dr R. _____, du SMR, a fait le point de situation définitif comme suit : " Notre assurée (GED 17/09/2020) remet en cause la CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] de 100% retenu par le SMR alors qu'il n'y a pas eu d'expertise rhumatologique. Mais cette exigibilité est basée sur le RM [rapport médical] de la réhabilitation du CHUV (GED 11/03/2020) Le RM du MT [médecin traitant] Dr K. _____ du 14/10/2020 (GED 22/10/2020 p1) n'apporte aucun fait médical nouveau, il conteste la CTAA de 100% et reprend des LF [limitations fonctionnelles] similaires retenues à celles retenues dans le rapport d'examen SMR. Il demande la réalisation d'une expertise. Le RM du rhumatologue Dr F. _____ (GED 22/10/2020 p4) indique un suivi le 04/08 et 24/08/2020 pour des séquelles d'algoneurodystrophie du genou droit (CRPS). Il est repris l'anamnèse et la prise en charge que l'on connaît déjà. Il est apporté aucun fait nouveau, à part que notre assurée estime ne pas pouvoir travailler au-delà de 60%. Il est indiqué « En conclusion, Mme P. _____ souffre des séquelles d'une algoneurodystrophie au genou droit avec raideur articulaire chronique et échec de traitement conservateur; je partage les mêmes conclusions des collègues du Service de Rééducation du CHUV », sur lesquels on s'est basé pour retenir une CTAA de 100%. Il est noté une possible épitrochléite D [droite] avec la prescription de physio, ce qui n'est pas durablement incapacitant en soit. Le RM de réhabilitation du CHUV rédigé par le Dr M. _____ en date du 14/07/2020 (GED 22/10/2020 p8) , il est noté que notre assurée présente un syndrome douloureux régional complexe du genou droit actuellement en phase froide. Il est décrit que depuis février 2020 la symptomatologie reste essentiellement inchangée et qu'elle n'a pas souffert d'autres traumatismes ou de problèmes d'ordre médical depuis le dernier rendez-vous. Concernant les douleurs des coudes, il est indiqué que c'est une cause purement mécanique qui nécessite uniquement une physiothérapie mais l'assurée n'a pas souhaité suivre le conseil et veut un avis rhumatologique (cf ci-dessus), qui retient exactement les mêmes conclusions. Conclusion Il est apporté aucun élément pouvant modifier notre position médicale qui se base sur l'évaluation des spécialistes traitants de notre assurée qui retiennent une CTAA de 100%. " Malgré les objections formulées par l'assurée et son médecin traitant, l'OAI a, par décision du 2 février 2021, confirmé le projet de décision du 2 septembre 2020. B. Par acte du 4 mars 2021, P. _____, représentée par Me Hüsni Yilmaz, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire rhumatologique ainsi qu'à la réalisation d'une « enquête sur place au sens de l'article 69, alinéa 2, RAI [...] confiée à un spécialiste dans le but de réunir toutes les informations utiles sur le poste occupé par P. _____ en lien avec ses limitations fonctionnelles », et principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'elle a droit « à une rente d'invalidité dont le taux est fixé sur la base des conclusions du rapport d'expertise judiciaire et du rapport de l'enquête sur place [...] ; la cause étant

renvoyée à cet Office pour fixer la date du début et le montant de la rente ».

Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision querellée et au renvoi de la cause à l'OAI pour la mise en place d'une expertise médicale et d'une enquête sur place au sens de l'art. 69 al. 2 RAI ; plus subsidiairement encore, à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité. En substance, elle reproche à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical en critiquant l'absence d'une « évaluation médicale complète » figurant au dossier. Ce faisant, elle conteste la capacité de travail entière retenue dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 3 février 2020. Elle soutient qu'au vu des « aménagements effectués et attestés » compte tenu de sa capacité de travail partielle, l'office intimé ne pouvait se passer de réaliser une enquête sur son lieu de travail ainsi que se renseigner auprès de l'employeur sur l'adéquation du nouveau poste occupé avec ses limitations fonctionnelles. Elle se plaint par ailleurs de la non-prise en compte de l'aggravation constatée par son médecin traitant le Dr K. _____ dans ses rapports successifs. Sous bordereau de pièces la recourante a notamment produit : - un contrat de bail à loyer du 13 août 2020 conclu entre la société I. _____ SA (le bailleur) et la recourante pour la location d'un appartement de 3,5 pièces depuis le 15 novembre 2020 sis dans l'immeuble situé « rue [...] [...] [...] », dont la recourante précise que son nouveau logement se trouve au premier étage ; - un rapport du 19 février 2020 du Dr K. _____ dont il ressort ce qui suit : “ CERTIFICAT MEDICAL
Concerne : Madame P. _____ [...] AVS [...] Contestation décision Ai sur décision 2.02.2021 Je soussigné, médecin traitant de la patiente en question certifie que j'ai été informé de la décision de l'assurance invalidité (AI) du dernier courrier qu'a reçu la patiente et soutiens encore sa démarche de contestation. Comme déjà mentionné au certificat de 14.09.2020 : Mme P. _____ était une personne active vivant seule, partageant la majorité de sa vie entre son travail à temps plein et ses activités sportives. Son état de santé se dégradant elle a toujours refusé des arrêts et a tout fait pour maintenir une activité professionnelle. Cette démarche a été acceptée comme elle devait maintenir sa raison d'être, préserver au mieux sa socialisation et la protéger d'une dépression qui aurait accompagné la sensation d'inutilité qui suit les arrêts de longue durée. Malgré les efforts elle a préféré préserver tant bien que mal sa vie professionnelle en sacrifiant de l'énergie qui aurait été utile dans d'autres domaines. Cette attitude l'a d'ailleurs menée à déménager en logement qui va économiser ses forces. Elle a pu bénéficier d'un poste aménagé avec une activité différente qu[i] lui minimise ses déplacements. En pratique Mme P. _____ a perdu progressivement une grande partie de ses forces motrices sur le segment des membres inférieurs. Outre un déconditionnement global elle présente. Une amyotrophie du quadriceps droit. Un flexum antalgique du genou droit à 30° Flexion/extension droite 120/15/0 et gauche 135/0/0 La situation fait qu'elle se déplace aidée par des cannes ce qui limite son périmètre de marche qui oscille de 100 (sans cannes) à 500m au mieux d'affilé (avec cannes). La répercussion de cette diminution de mobilité sur sa vie quotidienne est énorme comme ses déplacements sont compromis, ses déplacements même en voiture difficiles (utilisation des commandes au pied, entrée sortie du véhicule) ainsi que les déplacements de courte durée autour de son poste de travail (se lever de sa chaise et déambuler dans [le] bureau). La patiente est dans l'incapacité de se lever de la position assise sans l'utilisation de ses bras ou d'un autre moyen. La marche en terrain accidenté et en escalier est pratiquement impossible au-delà de quelques mètres, l'équivalent d'un étage. Les antalgiques habituels, niveau un, sont inefficaces et la tolérance [à] des opiacés mauvaise ou incompatible avec des activités demandant une lucidité d'esprit. Pour le

moment aucun moyen n'a amélioré la situation qui se dégrade lentement avec l'apparition de raideurs mais aussi d'autres arthropathies secondaires à l'utilisation de cannes (épitrochl[é]ite bilatérale). La patiente a pratiquement épuisé les moyens médicaux disponibles avec de multiples avis spécialisés. La patiente a consulté dernièrement l'équipe spécialisée du CHUV pour des douleurs apparues cette fois au genou controlatéral (Gauche) et qui semblent être dues à une décompensation due à une surutilisation secondaire à sa pathologie droite. Pas de proposition particulière hormis la poursuite de la physiothérapie intensive de ces segments. Au vu de [c]es constatations une expertise serait au moins nécessaire pour confirmer le degré d'invalidité comme la patiente ne possède plus sa capacité de travail à 100%. Depuis le début de sa pathologie il existe un net désaccord entre l'avis de tous les intervenants ayant examiné Mme P._____ et l'avis de l'organisme de [l'] AI qui se base sur des constatations indirectes sans avoir jamais demandé une expertise qui pourrait clarifier la chose et amener un progrès dans son dossier. » Dans sa réponse du 28 avril 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il relève le caractère probant de l'avis du SMR, estimant que les critiques de la recourante ne sont pas de nature à modifier sa position. Le 21 juin 2021, en réplique, la recourante a persisté dans ses conclusions précédentes. Elle a produit deux pièces médicales, à savoir : - un rapport du 10 mai 2021 du Dr J._____ relatif à une consultation en date du 21 avril 2021, diagnostiquant un « status après une algoneurodystrophie du genou droit avec aujourd'hui un syndrome douloureux chronique et résistant au traitement ». En présence d'une situation stabilisée, ce médecin estimait la capacité de travail de l'assurée à 50 % dans toute activité, sans plus de précisions ; - un rapport du 20 mai 2021 adressé à Me Yilmaz aux termes duquel le Dr F._____ retenait toujours des séquelles d'algoneurodystrophie (CRPS) au genou droit avec raideur chronique. Ce médecin rhumatologue a écrit que l'assurée ne « peut pas travailler à 100%, même dans un poste adapté », exposant qu'« en effet la raideur chronique de son genou lui impose de changer régulièrement de position lorsqu'elle reste assise (elle dit qu'autrement son genou va s'accrocher contre les pieds de son bureau) et que lorsqu'elle est en position debout elle ne peut pas y rester longtemps. Le périmètre de déambulation est limité à 100 m sans cannes et est de 500 m avec cannes ». De l'avis du Dr F._____, au vu des limitations fonctionnelles, l'intéressée n'était pas en mesure de travailler à un taux supérieur de 50 %, y compris dans une activité adaptée. Dans sa duplique du 13 juillet 2021, produisant un avis du 29 juin 2021 du Dr R._____, du SMR, auquel il se rallie, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. Dans ses déterminations du 23 août 2021, la recourante confirme à nouveau ses précédentes conclusions. Elle soutient que le point de vue du médecin du SMR, lequel n'est pas un spécialiste FMH et qui ne l'a pas examinée, n'est pas susceptible de prévaloir sur les avis divergents des « médecins qualifiés » que sont les Drs J._____ et F._____. Pour le reste, elle reproche à l'OAI de s'obstiner à ne pas vouloir ordonner un stage d'observation professionnelle dans le cadre de l'instruction du cas. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). L'art. 69 al. 1, let. a, LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est régie par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). c) En l'espèce, le recours formé le 4 mars 2021 contre la décision de l'intimé du 2 février 2021 a été interjeté en temps utile. Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable. 2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). b) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si le recourant ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d). c) Le litige a pour objet le degré d'invalidité de la recourante et le droit à la rente correspondant, postérieurement au mois de mai 2020, singulièrement la capacité de travail dans une activité adaptée. d) 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 2 février 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). 3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une

autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). b) Les règles et principes jurisprudentiels relatifs à la révision du droit à une rente d'invalidité sont applicables lorsque la décision de l'assurance-invalidité accordant une rente avec effet rétroactif prévoit en même temps la suppression ou la modification de cette rente, respectivement octroie une rente pour une durée limitée (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; TF 9C_600/2013 du 18 mars 2014 consid. 2.2). Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, 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. 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 141 V 9 consid. 2.3 ; 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 et les références). En vertu de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité 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 ne soit à craindre. 4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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 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 de l'expert 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_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). c) Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ces rapports ne sont toutefois pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées). d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). e) De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1, 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). 5. a) En l'occurrence, l'autorité intimée a alloué une demi-rente d'invalidité du 1^{er} septembre 2019 au 31 mai 2020, au motif que la recourante a récupéré une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (éviter de faire des trajets prolongés en voiture [si boîte manuelle], éviter de monter et descendre des escaliers [échafaudage, échelle], éviter les marches prolongées [réduction du périmètre de marche] et sur terrain irrégulier, pas d'activité à genoux ou accroupie, privilégier les activités semi-sédentaires ou sédentaires), ceci depuis le 3 février 2020 au moins, date qui correspond à la consultation auprès des Drs M._____ et A._____ (cf. rapport du 10 mars 2020). Cette décision se base sur les avis médicaux du SMR (cf. rapport médical du 10 juin 2020 du Dr N._____ et avis médical « Audition – 1^{ère} demande » du 14 décembre 2020 du Dr R._____), lesquels se fondent sur les rapports des médecins spécialistes en médecine physique et réadaptation figurant au dossier. De son côté, la recourante conteste disposer d'une capacité de travail résiduelle telle que prise en compte par l'intimé dans sa décision. Dans un premier moyen, elle fait valoir que les rapports des

médecins consultés l'emportent sur le point de vue du SMR. b) Sur le plan somatique, les différents médecins consultés par la recourante ont posé les diagnostics incapacitants de syndrome douloureux régional complexe (SDRC) du genou droit, de probable épitrochléite du coude droit et de hallux valgus des deux côtés. Seul le syndrome douloureux régional complexe au niveau du genou droit a des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée (cf. avis SMR du 10 juin 2021). S'agissant de l'épitrochléite bilatérale débutante suspectée par le Dr F. _____, celui-ci a prescrit de la physiothérapie d'étirement excentrique des fléchisseurs des poignets (rapport du 24 août 2020 p. 2) ; cette affection doit s'amender moyennant ce traitement et n'est pas durablement incapacitante, comme l'ont déjà constaté les Drs M. _____ et A. _____ (rapport du 14 juillet 2020 p. 2). Sur le plan psychique, aucun diagnostic n'a été posé. Sous l'angle médical, il n'est pas contesté qu'en raison des gonalgies droites, l'activité habituelle n'est plus exigible. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est de 100 %. Dans leur rapport du 10 mars 2020, les Drs M. _____ et A. _____ ont retenu un syndrome douloureux régional complexe au niveau du genou droit incapacitant dans l'ancien poste de travail. Ces médecins spécialistes sont par contre d'avis que la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (une limitation de la capacité à faire de longs trajets en voiture manuelle, à la montée et descente des escaliers, ainsi qu'au niveau du périmètre de marche) est de huit heures par jour, conclusions confirmées dans leur rapport ultérieur du 14 juillet 2020 ainsi que dans celui du 24 août 2020 du Dr F. _____, lequel partage l'appréciation de ses confrères du Service de rééducation du CHUV. Dans un rapport ultérieur du 20 mai 2021, le Dr F. _____ estime que sa patiente ne « peut pas travailler à 100%, même dans un poste adapté », car aux dires de celle-ci, la raideur chronique de son genou lui impose de changer régulièrement de position lorsqu'elle reste assise et lorsqu'elle est en position debout elle ne peut pas y rester longtemps. Dès lors que l'activité adaptée telle que préconisée impose une alternance des positions, on saisit mal pour quel motif d'ordre médical la capacité de travail serait désormais réduite. Dans ses rapports successifs, le Dr K. _____ se limite à contester une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée à l'état de santé de l'assurée. Outre le fait que le médecin traitant se doit de faire preuve d'empathie à l'égard de ses patients, son appréciation n'est pas suffisamment objectivée pour mettre en cause les conclusions des Drs M. _____ et A. _____. De son côté, la Dre L. _____ indique ne plus avoir été consultée depuis le 26 juin 2019. Cette praticienne ne s'est en outre jamais prononcée sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée. Quant au Dr J. _____, dans son dernier rapport du 10 mai 2021, il ne fait que confirmer le diagnostic de « status après une algoneurodystrophie du genou droit avec aujourd'hui un syndrome douloureux chronique et résistant au traitement » dans le contexte d'une situation stabilisée sur le plan médical. L'incapacité de travail mentionnée de 50 % dans toute activité paraît procéder d'une appréciation distincte d'un même état de fait, sans pour autant réussir à convaincre que cette évaluation devrait être préférée à celle des Drs M. _____ et A. _____, faute d'exposer les motifs médicaux pour lesquels la capacité de travail serait limitée dans une activité semi-sédentaire ou sédentaire adaptée aux limitations fonctionnelles. A l'aune de ce qui précède, les rapports dont se prévaut la recourante ne permettent pas de s'écarter des constatations du SMR. Le fait que la recourante vit depuis l'automne 2020 dans un nouvel appartement sis au premier étage de son immeuble n'est pas un élément pertinent pour l'appréciation de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à l'état de santé physique. Il en va de même des allégations de la recourante et de son employeur, selon

lesquelles celle-ci n'est pas en mesure de travailler à plus de 60 % depuis le 1^{er} mars 2020, alors que le poste serait adapté à ses limitations fonctionnelles. c) La recourante fait en outre grief au Dr R. _____ de ne pas l'avoir examinée, son rapport du 29 juin 2021 ne contenant aucune observation clinique. Il sied de constater que l'avis médical établi par le SMR a pour but de procéder à la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et d'émettre des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Un avis médical au sens de l'art. 49 al. 3 RAI ne se fonde pas sur des examens médicaux effectués par le SMR lui-même, mais porte une appréciation sur les conclusions médicales déjà existantes. Dans ce contexte, il ne saurait remplir les mêmes exigences au niveau de son contenu qu'une expertise médicale (TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2). d) Au vu des éléments précités, la Cour de céans ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions du service médical de l'office intimé, dont l'avis, en tant qu'il se fonde sur les rapports des médecins spécialistes les Drs M. _____ et A. _____, procède d'une appréciation probante et claire de la situation en lien avec l'évolution de l'état de santé de la recourante. 6. Pour le surplus, la recourante ne revient pas sur la méthode de calcul utilisée par l'intimé pour déterminer le degré d'invalidité, ni sur les chiffres retenus à titre de revenus avec et sans invalidité. Elle n'a pas formulé non plus de grief à l'encontre du taux d'abattement pris en compte. Vérifié d'office, le calcul opéré par l'intimé ne prête pas le flanc à la critique et peut être confirmé. 7. Au demeurant, le dossier étant complet et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, on ne voit pas en quoi la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique serait de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et 134 I 140 consid. 5.2 avec les références citées). 8. a) Dans un dernier moyen, la recourante critique l'absence de stage d'observation professionnelle en sa faveur et requiert l'octroi de mesures de nouvelle réadaptation. 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, 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 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les références, in SVR 2011 IV n° 30 p. 86 ; voir également TF 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5). 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 révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou 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. Cela 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, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (cf. TF 9C_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 4.4 et les références). Le Tribunal fédéral a précisé que cette jurisprudence était également applicable lorsque l'on statue sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente (ATF 145 V 209 consid. 5). Il convient de préciser que, pour l'heure, la question de savoir si le critère de l'accomplissement de la 55^e année est réalisé doit être examinée par rapport au moment du

prononcé de la décision, à celui à partir duquel cette prestation est réduite ou supprimée ou à celui du constat de l'exigibilité sur le plan médical a été laissée ouverte par le Tribunal fédéral (ATF 145 V 209 consid. 5.4 ; voir également TF 9C_50/2020 du 9 juillet 2020 consid. 3.2 ; 8C_648/2019 du 4 juin 2020 consid. 5.1 ; 9C_574/2019 du 16 octobre 2019 consid. 3.2). c) En l'espèce, la recourante, née le [...] n'avait pas 55 ans révolus au moment de la décision d'octroi d'une rente d'invalidité limitée dans le temps. Elle n'avait au demeurant pas bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins, si bien qu'elle ne fait pas partie de la catégorie des assurés dont il convient d'admettre qu'ils ne peuvent en principe pas entreprendre de leur propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'eux pour tirer profit de leur capacité résiduelle de travail. 9. Au vu de ce qui précède, il n'est pas contesté ni contestable que l'incapacité de travail reconnue dès le mois de septembre 2018 jusqu'au 3 février 2020 ouvre le droit à une demi-rente d'invalidité dès le mois de septembre 2019, soit à l'issue du délai d'attente d'un an. La recourante ne peut toutefois prétendre au maintien d'une rente d'invalidité postérieurement au 31 mai 2020, soit trois mois après l'amélioration constatée le 3 février 2020 au moins correspondant à la reconnaissance d'une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée au sens de l'art. 88a al. 1 RAI, en présence d'une rente échelonnée allouée rétroactivement (cf. notamment TF 9C_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 3 et 4, spéc. 4.1 et les références citées). En conclusion, il n'y a pas lieu de s'écarter du résultat retenu par l'intimé dans le cadre de la comparaison des revenus. La révision de la rente, et de ce fait sa suppression, s'avèrent en définitive justifiées. 10. a) Il en résulte que le recours mal fondé doit par conséquent être rejeté et la décision attaquée confirmée. 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 recourante, vu le sort de ses conclusions. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 2 février 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de P._____. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Hüsni Yilmaz (pour P._____), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS), 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). Le greffier :

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