

VD_GERICHTE ZD10.027737 vom 22. Februar 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-02-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD10.027737

FR: VD_GERICHTE ZD10.027737 du 22 février 2011

IT: VD_GERICHTE ZD10.027737 del 22 febbraio 2011

Erwägungen

E. 3

[Anamnèse] Episode d'hospitalisation dans son enfance prolongé pour un problème de genou (ostéomyélite ?). Depuis son arrivée en Suisse, elle a eu de nombreux traitements physiothérapeutiques, d'hospitalisations, de rééducation pour des lombalgies et des gonalgies gauches qui ont motivé plusieurs interruptions de travail dans son emploi chez un maraîcher où elle est debout toute la journée devant un frigidaire à conditionner de la salade coupée. En raison d'une dernière décompensation de la situation avec incapacité totale de rester debout et de travailler dans cette position, la patiente a été réadressée aux orthopédistes d' [...] qui envisagent soit une arthrodèse de son genou gauche, soit une PTG (réd. : prothèse totale du genou), raison pour laquelle la patiente a été adressée pour avis au Professeur K. _____ au service d'orthopédie du CHUV. Parallèlement, développement d'une obésité et d'une HTA traitée et difficilement maîtrisable. Développement d'une réaction dépressive

- 3 - à cette situation, liée à un sentiment de ne pas avoir été comprise par plusieurs médecins qui minimisaient le problème.

E. 4

[Plaintes subjectives] Douleurs constantes diurnes, comme nocturnes au niveau lombaire, du genou gauche, mais également du genou droit. Insomnies.

E. 5

[Constatations objectives] Patiente obèse, pesant 108,2 kg pour une taille d'environ 165 cm. Différence de longueur du MI gauche d'environ 4 cm; flexio-extension du genou gauche 90-0-0 avec des douleurs principalement en flexion. Genou stable. Invagination de la peau en regard des deux condyles fémoraux internes, qui n'est ni mobile et qui semble adhérente à l'os.

E. 6

[Examens médicaux spécialisés] Radiographies : gonarthrose sévère tri-compartmentale; troubles dégénératifs et statiques importants de la colonne lombaire. Liquide synovial de type mécanique.

E. 7

D'AUTRES AFFECTIONS INFLUENCENT-ELLES LA DURÉE DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL? SI OUI, LESQUELLES ET DANS QUELLE MESURE? Sur le plan psychique et somatique, l'assurée ne présente pas de comorbidités qui auraient une influence sur sa capacité de travail. Madame B. _____ souffre encore d'une hypertension, mais qui est bien compensée par une trithérapie. Tout au plus pourrait-on relever l'obésité de cette assurée qui entrave sa mobilité générale et surcharge les

articulations.

E. 8

PRONOSTIC? Sur le plan ostéo-articulaire, le pronostic devrait être stable. En effet, l'examen clinique actuel ne démontre aucun syndrome lombaire, même subaigu et il n'y a pas de déficit neurologique moteur ou sensitif. Par ailleurs, les lésions dégénératives constatées au niveau de la colonne lombaire suite à l'IRM lombaire ne sont pas très importantes. La patiente pourra retrouver une capacité de travail et un rendement conservés à 100%. N'ayant jamais bénéficié d'une prise en charge psychiatrique, les experts attendent une bonne réponse thérapeutique si l'intéressée bénéficiait d'une prise en charge psychiatrique combinant une pharmacothérapie à une psychothérapie. A priori, il n'y a pas de facteur de résistance thérapeutique strictement médical.

E. 9

AUTRES REMARQUES OU PROPOSITIONS? Toute activité tenant compte des limitations citées ci-dessus est exigible de la part de l'assurée et même souhaitable pour éviter le déconditionnement et l'invalidation. »

- 8 - d) Sur le vu du rapport d'expertise multidisciplinaire du 28 février 2007 de la Clinique P. _____ (cf. lettre A.c supra), le Dr R. _____, spécialiste FMH en médecine interne, a retenu dans un avis médical SMR du 27 juillet 2007 qu'en raison des atteintes à la santé constatées par les experts, l'assurée présentait une incapacité totale de travail dans son activité antérieure depuis le 26 septembre 2005 mais conservait depuis cette date une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de station debout prolongée sans changement de position et possibilité de changer de position chaque heure; pas de port de charges lourdes supérieures à 10 kg ; pas de marche supérieure au km ; pas de travail à genoux et/ou en station accroupie, pas de position du tronc tenue en porte-à-faux, pas de flexion- rotation répétée du tronc, pas de marche en terrain inégal). B. a) Le 23 janvier 2008, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision lui refusant le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles, pour le motif qu'elle conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, dans laquelle elle pourrait réaliser un revenu qui excluait tout préjudice économique. b) Le 19 mars 2008, l'assurée a subi une opération chirurgicale consistant en la mise en place d'une prothèse totale du genou gauche, effectuée par le Dr G. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans un rapport médical du 14 mai 2008 adressé à l'OAI, ce spécialiste a indiqué qu'il était trop tôt pour se prononcer sur la capacité de travail, dès lors que la situation était encore trop instable et qu'il était envisagé la mise en place d'une prothèse totale du genou controlatéral dans les mois à venir. c) Dans un rapport médical du 1er septembre 2008 adressé à l'OAI, la Dresse S. _____ a indiqué qu'après reconstruction de la peau post-fistules par greffe et lambeau du muscle jumeau interne en septembre 2007, une prothèse totale du genou gauche avait été pratiquée en mars 2008 pour la gonarthrose ; l'évolution avait été relativement

- 9 - normale jusqu'à ce que l'assurée rentre en Bosnie, où elle avait fait une chute dans sa salle de bains le 25 juillet 2008 et s'était fracturé le tibia ; actuellement, l'assurée était impotente, restait à son domicile avec l'aide du CMS et se déplaçait dans les escaliers sur les fesses ; l'évaluation définitive de sa capacité de travail ne pourrait intervenir qu'au minimum trois mois après l'ostéosynthèse par plaque et vis de la fracture sous- prothétique tibiale gauche, effectuée le 29 juillet 2008. Dans un rapport médical du 31 octobre 2008

adressé à l'OAI, le Dr G._____ a confirmé la fracture sous-prothétique du tibia gauche, ostéosynthésée le 29 juillet 2008, et a indiqué qu'il n'était pas possible de déterminer dans quelle mesure l'assurée pourrait reprendre une activité rémunératrice prochainement, d'autant plus qu'il était prévu de mettre en place une prothèse totale du genou droit dans les mois à venir. Interrogé sur l'évolution depuis le 1er novembre 2008, le Dr G._____ a indiqué dans un rapport médical du 30 octobre 2009 adressé à l'OAI que jusqu'à présent, les mesures médicales n'avaient pas permis d'amélioration de la situation ; on constatait plutôt une aggravation qui pourrait imposer en particulier la mise en place d'une prothèse totale du genou à droite ; toute activité debout prolongée, toutes activités nécessitant un changement de position, ainsi que toute activité imposant l'agenouillement étaient impossibles ; l'activité de femme au foyer était quant à elle possible à 100%, avec une réduction de rendement de 30%. d) Dans un avis médical SMR du 18 novembre 2009, le Dr R._____, constatant que le Dr G._____ n'appréciait pas l'exigibilité dans une activité adaptée (de type sédentaire en position assise avec alternance des positions au gré de l'assurée et/ou l'usage d'une selle ergonomique sans manipulation de charge de plus de 5 kg), a préconisé de procéder à un examen rhumatologique au SMR, qui a été effectué le 11 janvier 2010 par le Dr M._____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation. Du rapport de ce spécialiste, établi le 19 janvier 2010, il ressort en particulier ce qui suit :

- 10 - « DIAGNOSTICS - avec répercussion durable sur la capacité de travail • Gonalgies G sur status après PTG G au mois de mars 2008 M16.4. o Status après fracture sous-prothétique traitée par ostéosynthèse au mois de juillet 2008. o Status après arthrite septique bilatérale avec fistules ostéophytaires (mise à plat chirurgicale et plastie musculo-tendineuse fin 2007). • Gonalgies D chroniques sur gonarthrose M16.4. o Status après fistules en relation avec une arthrite septique bilatérale dans l'enfance. o Raccourcissement de 4 cm du MID par rapport à la G. • Lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs mineurs M54.56. o Déconditionnement global avec disbalance musculaire. • Obésité de classe III avec BMI à 44. - sans répercussion sur la capacité de travail • Hypertension artérielle traitée. APPRÉCIATION DU CAS Assurée d'origine bosniaque âgée de 48 ans, en incapacité de travail depuis septembre 2003, déposant une demande de prestations AI en vue de l'obtention d'une rente en date du 22.06.2006. Une expertise réalisée le 18.10.2006 pour l'assurance perte de gain concluait à une incapacité de travail totale dans son activité antérieure avec une capacité résiduelle de 100% dans une activité adaptée en relation avec des lombosciatalgies D non déficitaires sur troubles dégénératifs, des gonalgies D sur gonarthrose, elles-mêmes séquellaires à des arthrites septiques avec fistules dans l'enfance et un trouble panique. L'examen actuel est réalisé en raison d'une péjoration de l'état de santé (status après mise à plat de fistules chroniques ostéophytaires aux dépens des 2 genoux sur un status après arthrite septique dans l'enfance). Status après mise en place d'une prothèse de genou totale à G au mois de mars 2008, compliquée de la survenue d'une fracture sous-prothétique au mois de juillet 2008 sur chute. Status après ostéosynthèse de cette fracture. Actuellement, l'assurée évoque une symptomatologie algique chronique touchant l'ensemble du rachis, les 2 MI et les 2 MS. En ce qui concerne la symptomatologie des MS, celle-ci semble évoluer depuis l'été 2009 sans facteur prédisposant particulier. L'assurée se déclare dans l'incapacité de se mouvoir sans l'aide d'une canne anglaise en raison de trouble de l'équilibre et chutes sur faiblesse des MI et raccourcissement du MID. L'examen clinique au SMR n'a pas pu être réalisé de façon complète en raison de l'apparition de vertiges et de sentiment de mal-être à la

- 11 - suite de la manoeuvre de Romberg. L'assurée s'est déclarée dans l'incapacité de poursuivre l'examen clinique. Objectivement, l'examineur se trouve en présence d'une assurée paraissant plus âgée que son âge, présentant une obésité de classe III (BMI à 44) avec une boiterie à G et l'utilisation d'une canne anglaise de façon continue. De façon spontanée, l'assurée adopte des attitudes d'épargne en ce qui concerne son rachis lombaire et les MI. A signaler l'absence de toute forme d'attitude d'épargne en ce qui concerne les ceintures scapulaires, le rachis cervical et les MS (mobilité libre, spontanée), malgré le fait que l'assurée évoque d'importantes douleurs à caractère handicapant aux dépens de l'ensemble du rachis et des MS. La documentation radiologique mise à disposition met en évidence un status après prothèse totale du genou à G et status après ostéosynthèse d'une fracture pré-prothétique. L'assurée présente une gonarthrose à D, déjà sur les clichés de 2008 mis à disposition (RX des MI en charge). La mise en place d'une prothèse totale du genou D est en discussion. En ce qui concerne les plaintes en relation avec le rachis, l'expertise réalisée par la Clinique P. _____ en date du 18.10.2006 met en évidence des troubles ostéoarticulaires dégénératifs modérés aux dépens du rachis lombaire induisant des incapacités de travail dans des activités à fortes charges pour le rachis. En conclusion, cette assurée présente un trouble ostéoarticulaire avancé des 2 MI dans un contexte d'important déconditionnement musculaire global et focal associé à une obésité de classe III. Associés aux atteintes ostéoarticulaires des MI et métaboliques, l'assurée présente aussi des troubles dégénératifs du rachis et vraisemblablement des signes de non organicité s'exprimant sous la forme d'une symptomatologie algique diffuse irradiant dans l'ensemble du rachis et des MS. Objectivement, au vu des atteintes ostéoarticulaires présentées par l'assurée, du déconditionnement musculaire et de l'obésité, la capacité de travail de cette assurée, même dans une activité adaptée à caractère sédentaire, ne dépasse pas les 50% actuellement. L'obésité et le déconditionnement musculaire ne sont pas habituellement réputés comme invalidants car réversibles. Dans le cas d'espèce qui nous préoccupe, ils ont valeur de comorbidité invalidante en association avec la pathologie ostéoarticulaire présentée par l'assurée. De façon globale, la situation peut être considérée comme non stabilisée pour le moment. Limitations fonctionnelles Pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive et, occasionnelle, au-delà de 7,5 kg. Pas de position statique debout immobile, diminution du périmètre de marche à environ 10 à 15 minutes, pas de montée ou descente d'escaliers, pas d'activité sur terrain instable, pas de position en genuflexion ou accroupie de façon stricte. Pas de position statique assise prolongée au-delà de 1

- 12 - heure sans possibilité de varier les positions, minimum une fois à l'heure, de préférence à la guise de l'assurée, pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis. Pas d'exposition au froid ou à des vibrations. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? Sur la base des documents mis à notre disposition, cette assurée est en incapacité de travail depuis le mois de septembre 2003. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Une expertise de la Clinique P. _____ du 18.10.2006 concluait à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à partir de septembre 2005. Il y a objectivement une aggravation de l'état de santé depuis septembre 2007 (date à laquelle l'assurée bénéficie des premières interventions chirurgicales sous la forme d'une mise en place de fistules chroniques et d'une plastie musculo-tendineuse au niveau des 2 genoux). Une incapacité de travail à 100% peut être retenue depuis septembre 2007 jusqu'à fin juillet 2009 (une année après la dernière intervention chirurgicale pour ostéosynthèse d'une fracture du tibia G sous-prothétique). Depuis août 2009, cette assurée présente une capacité de travail médico-théorique de maximum 50% dans une activité

adaptée respectant de façon stricte les limitations fonctionnelles. Cette évaluation de l'incapacité de travail se base sur l'observation réalisée au SMR et l'examen clinique partiel effectués ce jour. Il est par ailleurs indiqué que l'assurée présente un état de santé non stabilisé et qu'une nouvelle intervention chirurgicale sous la forme d'une mise en place de prothèse totale du genou D est en discussion. Le pronostic pour la reprise d'une activité professionnelle chez cette assurée illettrée et sans formation professionnelle est extrêmement sombre. » e) Dans son rapport initial et final du 20 avril 2010, la Division réadaptation de l'OAI est parvenue aux conclusions suivantes : « Au vu de ce qui précède, aucune mesure professionnelle ne peut être mise en oeuvre pour mettre en valeur la capacité de travail résiduelle et réduire le préjudice économique en raison du refus de l'assuré[e]. La capacité de travail médicothéorique de 50%, en convergence avec les limitations fonctionnelles dues à l'atteinte à la santé, peut être traductible en termes de métier dans des activités en industrie légère telles que : contrôle qualité en industrie horlogère, ouvrière

- 13 - de production dans la micro-industrie ou contrôleuse qualité c/o Nespresso. Au vu des éléments susmentionnés, nous pouvons considérer que la capacité de travail résiduelle peut être traduite en termes de métier. Par conséquent, nous procédons au calcul du préjudice économique par une approche théorique. Pour le revenu sans atteinte à la santé (RS), nous retenons un revenu de SFr. 41'895.- (cf. rapport employeur du 11.07.2006, indexé à 2009). Pour le revenu après la survenance de l'invalidité (RI), nous retenons un montant de SFr. 23'427.50 (cf. calcul ESS du 20.04.2010). Ce qui établi[t] un préjudice économique de 44%. » f) Le 19 mai 2010, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision, annulant et remplaçant celui du 23 janvier 2008 (cf. lettre B.a supra), par lequel il se proposait de lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1er septembre 2008 au 31 octobre 2009, puis un quart de rente d'invalidité dès le 1er novembre 2009, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé. La motivation de ce projet de décision était en substance la suivante. En raison de son état de santé, l'assurée présente depuis le 27 septembre 2005 une incapacité de travail entière dans l'exercice de sa profession habituelle d'ouvrière. Toutefois, dans une activité adaptée (sans station debout prolongée, avec possibilité de changer de position chaque heure, sans port de charges lourdes de plus de 10 kg, sans travail à genoux ou en station accroupie, sans position du tronc en porte-à-faux et sans marche en terrain inégal), elle a conservé une capacité de travail entière, excluant tout préjudice économique, jusqu'en septembre 2007, date à laquelle elle a présenté, selon un examen médical effectué le 11 janvier 2010 au SMR, une aggravation de son état de santé dans le sens d'une totale incapacité de travail dans son activité habituelle. Par contre, dans une activité adaptée à son atteinte à la santé, elle a conservé, dès le 1er août 2009, une capacité de travail de 50%. La comparaison du revenu auquel l'assurée aurait pu prétendre en 2009 sans atteinte à la santé (41'895 fr.) avec le revenu d'invalidé évalué sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (23'427 fr. 51 pour une activité à mi- temps, compte tenu d'un abattement de 10% justifié par les limitations fonctionnelles) aboutit à un degré d'invalidité de 44%. L'assurée, qui a

- 14 - contesté l'exigibilité de 50%, de sorte qu'aucune mesure professionnelle n'a pu être mise sur pied, a par conséquent droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er septembre 2008 (échéance du délai d'attente d'une année) jusqu'au 31 octobre 2009, puis, dès le 1er novembre 2009, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé, à un quart de rente d'invalidité. g) Le 19 juillet 2010, l'OAI a rendu une décision de teneur identique à celle de son projet de décision du 19 mai 2010, sur lequel l'assurée n'avait pas présenté

d'observations ; cette décision comporte un décompte des prestations dues dès le 1er août 2010. Une décision ultérieure, du 6 août 2010, concerne un décompte des prestations dues avec effet rétroactif pour la période du 1er septembre 2008 au 31 juillet 2010. C. a) L'assurée a recouru contre ces deux décisions par acte du 26 août 2010. Elle expose souffrir d'une arthrose prononcée dans le dos qui lui occasionne des douleurs incessantes. En outre, malgré le fait qu'une prothèse lui ait été posée dans le genou, les douleurs sont telles, qu'elle se voit contrainte de marcher avec une béquille. Le transfert de son poids (obésité) sur l'autre jambe a causé de tels dégâts, qu'une seconde opération pour la pose d'une prothèse similaire (pour l'autre jambe) est envisagée pour 2011, mais la crainte de se retrouver en fauteuil roulant lui fait repousser la décision et subir de terribles douleurs. Enfin, sa tension artérielle est bien au-delà de la moyenne, ce qui l'oblige à rester dans le calme absolu. Au vu de ce qui précède, la recourante indique ne pas comprendre le rapport de l'AI et le taux d'invalidité de 44% qui lui a été reconnu. Elle estime que ses divers ennuis de santé et le fait de devoir alterner changement de position et repos font que son retour à la vie active est impossible malgré sa bonne volonté. Elle conteste ainsi fermement le taux d'incapacité qui lui a été attribué et demande à cet effet une contre-expertise.

- 15 - Le 13 septembre 2010, la recourante a produit les décisions attaquées, qu'elle avait omis de joindre à son acte de recours. Le 21 septembre 2010, elle s'est acquittée de l'avance de frais de 500 fr. qui lui avait été demandée. b) Dans sa réponse du 27 octobre 2010, l'OAI propose le rejet du recours. Il estime que l'instruction médicale du dossier a été menée à satisfaction et qu'il a statué en connaissance de cause sur le droit aux prestations de l'assurée. Il relève à cet égard s'être en particulier fondé sur le rapport d'examen clinique rhumatologique du SMR du 19 janvier 2010, qui se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. L'expert a considéré que l'assurée présente une incapacité de travail totale dans toute activité de septembre 2007 à fin juillet 2009, mais que, dans une activité adaptée, la capacité de travail est de 50% depuis août 2009. Les conclusions dudit rapport étant claires, exemptes de contradictions et dûment motivées, force probante doit selon l'OAI lui être reconnue. Pour le surplus, l'OAI renvoie à sa décision du 19 juillet 2010, qu'il ne peut que confirmer. c) Dans sa réplique du 3 janvier 2011, l'assurée, désormais représentée par l'avocat Claudio Venturelli, précise ses conclusions en ce sens que celles-ci tendent, avec suite de frais et dépens, principalement à la réforme des décisions attaquées dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er décembre 2006 et subsidiairement à leur annulation, le dossier de la cause étant renvoyé à l'OAI pour nouvelle instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. aa) S'agissant tout d'abord de la période de septembre 2005 à août 2007 – pour laquelle l'OAI est parvenu à la conclusion, en se fondant sur les expertises de la clinique P. _____ du 28 février 2007 et sur celle du SMR du 11 janvier 2010, que si la recourante présente bien une incapacité de travail entière dans l'exercice de sa profession habituelle d'ouvrière, une capacité de travail entière peut raisonnablement être exigée de sa part dans une activité adaptée –, la recourante soutient que

- 16 - sur le plan somatique, il résulterait des rapports des différents médecins consultés se trouvant au dossier qu'elle est totalement incapable de travailler, quelle que soit l'activité professionnelle considérée. Par ailleurs, l'OAI n'aurait pas tenu compte, dans sa décision, des observations et conclusions médicales posées par le Dr L. _____ quant à l'atteinte à sa santé psychique. Or dans son expertise, ce médecin arrive à la conclusion que la recourante présente un trouble panique ; il expose en particulier que la recourante « pourrait

retrouver une capacité de travail et un rendement conservé à 100% si elle traitait son affection psychiatrique ... la prise d'un traitement antidépresseur et psychothérapeutique devrait permettre à l'expertisée de reprendre le travail à 50% dans les deux mois avec une reprise à 100%, un mois plus tard. Le traitement doit être régulièrement réévalué » ; ce faisant, le Dr L._____ admettrait qu'au moment de son examen à tout le moins, la recourante présentait une incapacité de travail totale pour des raisons psychiques, ce dont l'OAI n'aurait pas tenu compte dans sa décision. bb) S'agissant de la période postérieure à août 2007 – pour laquelle le Dr M._____, dans son rapport d'examen clinique du 11 janvier 2010, a retenu que la recourante présentait une incapacité de travail de 100% depuis septembre 2007 jusqu'à fin juillet 2009 puis, depuis août 2009, une capacité de travail médico-théorique de maximum 50% dans une activité adaptée respectant de façon stricte les limitations fonctionnelles –, la recourante expose qu'elle rejoint les conclusions du Dr M._____ lorsqu'il admet l'existence d'une incapacité de travail complète jusqu'à fin juillet 2009, mais que contrairement à ce praticien, elle considère que cette incapacité totale a débuté en 2005 déjà. En outre, elle soutient que le rapport du Dr M._____, en tant qu'il conclut qu'elle a recouvré une capacité de travail de 50% dès le mois d'août 2009, ne se fonde sur aucun motif objectif et n'est pas motivé, de sorte qu'il ne répond pas aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante et que l'OAI ne pouvait pas, sur cette seule base, réduire le taux de la rente de la recourante dès le mois de novembre 2009.

- 17 - cc) S'agissant du calcul du degré d'invalidité, la recourante conteste le taux d'abattement de 10% retenu par l'OAI, qui ne serait ni expliqué ni motivé, sinon par l'affirmation tout à fait générale et impersonnelle que « compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidité est justifié ». Selon la recourante, l'abattement à opérer sur le revenu d'invalidité ressortant des statistiques devrait être de 20% au moins, ce qui lui ouvrirait le droit, à tout le moins, à une demi-rente d'invalidité. A l'appui de cette revendication, la recourante invoque d'abord les limitations fonctionnelles retenues par les médecins l'ayant examinée, auxquelles s'ajoutent encore d'autres désavantages, soit une formation particulièrement limitée, sa nationalité et son âge. Elle estime en outre que l'abattement devrait également tenir compte du fait qu'elle exerçait une activité dans un domaine manifestement moins bien rémunéré que le revenu moyen statistique ressortant de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), puisqu'en 2009, elle aurait pu espérer réaliser un revenu de 41'895 fr. dans son ancienne activité (à raison de 45 heures par semaine), alors que statistiquement, selon l'OAI, elle aurait été en mesure de réaliser un revenu de 52'061 fr. 14 (à raison de 41,7 heures par semaine). La recourante estime ainsi qu'elle ne doit pas pâtir, dans le calcul du degré d'invalidité, du fait qu'elle a travaillé dans un domaine d'activité particulièrement mal rémunéré par rapport à la moyenne suisse et qu'elle doit être mise au bénéfice, à tout le moins, d'une demi-rente d'invalidité. dd) A titre de mesures d'instruction, la recourante requiert la mise en oeuvre d'une expertise médicale bidisciplinaire, de manière à pouvoir déterminer précisément ses atteintes sur les plans physique et psychique, afin d'évaluer précisément sa capacité de travail dans une activité adaptée. d) Le 10 janvier 2011, le juge instructeur a informé les parties que, la cause apparaissant suffisamment instruite sur le plan médical, la requête de la recourante tendant à la mise en oeuvre d'une expertise médicale bidisciplinaire était rejetée; il a réservé l'avis des autres

- 18 - membres de la cour qui serait appelée à statuer dès que l'état du rôle le permettrait. En droit : 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'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre 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. b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 2008 (PA; 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 loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 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 al. 1 let. a LPA-VD). c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile – compte tenu des fêtes judiciaires d'été (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 LPGA) – par B. _____ contre les décisions rendues le 19 juillet et le 6 août 2010 par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud. S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à

- 19 - 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47). La cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413, consid. 2c; ATF 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, le litige porte principalement sur la détermination de la capacité de travail de la recourante, sur le plan tant somatique que psychiatrique, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles : alors que l'OAI a retenu une capacité de travail, dans une activité adaptée, de 100% de septembre 2005 à août 2007, de 0% de septembre 2007 à juillet 2009 et de 50% depuis août 2009, la recourante soutient qu'il aurait dû retenir une incapacité de travail totale depuis septembre 2005, ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1er septembre 2006 (cf. consid. 3 infra). A titre subsidiaire, la recourante critique la fixation du revenu d'invalidité retenu par l'OAI et estime avoir droit à tout le moins à une demi-rente d'invalidité depuis le 1er novembre 2009 (cf. consid. 4 infra). 3. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – 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

- 20 - personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256, consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). 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; 115 V 133, consid. 2; 114 V 310, consid. 3c; 105 V 156, consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 125 V 351, consid. 3a et les références citées; 134 V 231, consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il

- 21 - convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170, consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43 ; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2.). b) En l'espèce, s'agissant de l'évaluation de sa capacité de travail, la recourante reproche en premier lieu à l'OAI de n'avoir pas tenu compte, dans la décision attaquée, des observations et conclusions médicales posées dans le rapport d'expertise de la Clinique P._____ du 28 février 2007 par le Dr L._____; en effet, en retenant que la recourante présentait un trouble panique et qu'un traitement antidépresseur et psychothérapeutique lui permettrait de reprendre le travail à 50% dans les deux mois et à 100% un mois plus tard, ce spécialiste serait parti du principe qu'au moment de son examen à tout le moins, la recourante présentait une incapacité de travail totale pour des raisons psychiques, ce dont l'OAI n'aurait à tort pas tenu compte dans sa décision (cf. lettre C.c/aa supra). Ce grief tombe toutefois à faux. En effet, dans le rapport d'expertise de la Clinique P._____ du 28 février 2007 (cf. lettre A.c supra), le Dr L._____ a retenu l'existence d'un trouble panique (anxiété épisodique paroxystique, F41.0 selon la CIM-10), la fréquence des attaques de panique étant de 2 à 3 par semaine. Il n'a toutefois nullement

retenu que ce trouble aurait une influence durable sur la capacité de travail, puisqu'il a au contraire constaté que la recourante pourrait mettre à profit une pleine capacité de travail 10 semaines après le début d'une prise en charge psychiatrique (la reprise professionnelle à 100% étant à envisager progressivement, soit à 50% 6 semaines après le début de la

- 22 - prise en charge psychiatrique puis à 100% 2 semaines plus tard). Force est ainsi de constater que la recourante ne présente pas et n'a jamais présenté d'incapacité de travail durable – seule pertinente au regard de l'assurance-invalidité (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI) – sur le plan psychiatrique, les seules limitations durables de sa capacité de travail étant ainsi celles d'origine somatique. c) Se référant aux conclusions du rapport d'examen clinique rhumatologique du Dr M. _____ du 19 janvier 2010, selon lesquelles elle a présenté une incapacité de travail de 100% de septembre 2007 à fin juillet 2009, la recourante expose ensuite qu'elle rejoint les conclusions de ce praticien lorsqu'il admet l'existence d'une incapacité de travail complète jusqu'à fin juillet 2009, mais qu'il y aurait lieu de retenir que cette incapacité totale a débuté en septembre 2005 déjà, comme cela ressortirait des rapports des différents médecins consultés se trouvant au dossier, et qu'elle perdure au-delà du mois de juillet 2009, le Dr M. _____ ne se fondant sur aucun motif objectif pour retenir qu'elle a recouvré une capacité de travail de 50% dès le mois d'août 2009 (cf. lettre C.a/aa et bb supra). Le rapport d'examen clinique rhumatologique établi le 19 janvier 2010 par le Dr M. _____ (cf. lettre B.d supra) a été établi en pleine connaissance de cause; le contexte médical et l'appréciation de la situation médicale y sont décrits de manière claire et complète et ses conclusions sont parfaitement motivées, de sorte qu'il satisfait à toutes les exigences posées par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante puisse lui être accordée (cf. consid. 3a supra). En particulier, le Dr M. _____ expose qu'après l'expertise de la Clinique P. _____ du 18 octobre 2006, qui concluait à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à partir de septembre 2005, il y a objectivement eu une aggravation de l'état de santé depuis septembre 2007, date à laquelle la recourante a bénéficié des premières interventions chirurgicales sous la forme d'une mise en place de fistules chroniques et d'une plastie musculo-tendineuse au niveau des deux genoux, avant la mise en place le 19 mars 2008 d'une prothèse totale du genou gauche, puis une intervention

- 23 - chirurgicale le 29 juillet 2008 pour ostéosynthèse d'une fracture du tibia gauche sous-prothétique. Le début de l'incapacité de travail totale de la recourante dans toute activité a ainsi été fixé par le Dr M. _____, sur la base de critères objectifs, à septembre 2007, date à laquelle la recourante a bénéficié des premières interventions chirurgicales sous la forme d'une mise en place de fistules chroniques et d'une plastie musculo-tendineuse au niveau des deux genoux. Aucun élément du dossier ne justifie de s'écarter de cette constatation. En effet, dans leur rapport d'expertise multidisciplinaire du 28 février 2007, les experts de la Clinique P. _____ – en particulier la Dresse C. _____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, ainsi qu'en rhumatologie – avaient clairement conclu que dans une activité adaptée, tenant compte des limitations quantitatives et qualitatives en rapport avec les lombosciatalgies et les gonalgies de la recourante, celle-ci conservait une capacité de travail complète, c'est-à-dire de 100%, à raison de huit heures par jour, avec un rendement également conservé à 100% (cf. lettre A.c supra). Ces conclusions ont été posées au terme d'un rapport d'expertise circonstancié, fondé sur des examens complets et satisfaisant en tous points aux exigences posées par la jurisprudence en ce qui concerne la valeur probante des rapports médicaux (cf. consid. 3a

supra). Le fait que dans un rapport médical assez brièvement motivé du 2 août 2006 (cf. lettre A.b supra), la Dresse S. _____, médecin généraliste traitant, ait, sur la base de constatations objectives superposables à celles ressortant de l'expertise de la Clinique P. _____, apprécié différemment les effets des limitations constatées sur la capacité de travail en estimant qu'aucun travail n'était alors envisageable compte tenu de la symptomatologie algique, ne constitue pas un motif suffisant de s'écarter de l'appréciation des experts (cf. consid. 3a supra). Par ailleurs, le Dr G. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a effectué l'opération de mise en place d'une prothèse totale du genou gauche le 19 mars 2008, ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail antérieurement à cette opération et encore moins antérieurement à septembre 2007.

- 24 - Il s'ensuit que la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient que la recourante a présenté une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles jusqu'au mois d'août 2007. d) Le Dr M. _____ a retenu dans son rapport d'examen clinique rhumatologique du 19 janvier 2010 que depuis le mois d'août 2009, soit une année après la dernière intervention chirurgicale pour ostéosynthèse d'une fracture du tibia gauche sous-prothétique, effectuée le 29 juillet 2008, la recourante présente une capacité de travail médico- théorique de maximum 50% dans une activité adaptée à caractère sédentaire respectant de façon stricte les limitations fonctionnelles ; cette incapacité de travail, que le Dr M. _____ indique avoir évaluée objectivement sur la base de l'observation et de l'examen clinique effectués le 11 janvier 2010 au SMR, est due à un trouble ostéoarticulaire avancé des deux membres inférieurs dans un contexte d'important déconditionnement musculaire global et focal associé à une obésité de classe III, ainsi qu'à des troubles dégénératifs du rachis et vraisemblablement des signes de non organicité s'exprimant sous la forme d'une symptomatologie algique diffuse irradiant dans l'ensemble du rachis et des membres supérieurs (cf. lettre B.d supra). Contrairement à ce que soutient la recourante, le Dr M. _____ a ainsi dûment motivé les raisons pour lesquelles il considère que, une année après l'opération chirurgicale du 29 juillet 2008 – qui constitue la dernière d'une série d'opérations ayant entraîné une incapacité de travail temporaire de deux ans –, la recourante présente de nouveau une capacité de travail médico-théorique de 50% dans une activité adaptée à caractère sédentaire respectant de façon stricte les limitations fonctionnelles. La Cour de céans ne voit aucun motif de s'écarter de cette évaluation de la capacité de travail résiduelle de la recourante, en l'absence d'avis médicaux divergents qui justifieraient une autre conclusion ou même simplement un complément d'instruction. Ainsi, dans

- 25 - son rapport médical du 1er septembre 2008 (cf. lettre B.c supra), la Dresse S. _____ ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail de la recourante, relevant que l'évaluation définitive de sa capacité de travail ne pourrait intervenir qu'au minimum trois mois après l'ostéosynthèse de la fracture sous-prothétique tibiale gauche effectuée le 29 juillet 2008 ; or c'est précisément à cette évaluation qu'a procédé le Dr M. _____. Quant au Dr G. _____, il n'a pas évalué l'exigibilité dans une activité adaptée mais a relevé, dans son rapport médical du 30 octobre 2009 (cf. lettre B.c supra), que si toute activité debout prolongée, de même que toute activité nécessitant un changement de position ou imposant l'agenouillement était impossible, l'activité de femme au foyer était possible à 100% avec une réduction de rendement de 30%, ce qui va également dans le sens d'une capacité de travail résiduelle – que le Dr M. _____ a évaluée à 50% – dans une activité

strictement adaptée aux limitations fonctionnelles mentionnées. Il s'ensuit que la décision de l'OAI du 19 juillet 2010 échappe à la critique en tant qu'elle retient que la recourante présente, depuis le mois d'août 2009, dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles, une capacité de travail de 50%, traduisible en termes de métier dans des activités en industrie légère telles que contrôleuse qualité en industrie horlogère, ouvrière de production dans la micro-industrie ou contrôleuse qualité chez Nespresso (cf. lettre B.e supra). e) La cour étant en mesure de statuer sur la base du dossier, dont l'instruction apparaît complète sur le plan médical, il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise médicale, telle que requise par la recourante (cf. lettre C.c/dd supra). 4. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au

- 26 - moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29, consid. 1; 104 V 135, consid. 2a et 2b; TF 9C_298/2007 du 5 juin 2008, consid. 3.1). b) Selon la jurisprudence constante (ATF 126 V 75, consid. 3b/aa et bb et les arrêts cités), en l'absence d'un revenu effectivement réalisé par l'assuré après la survenance de l'atteinte à la santé (soit lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité ou aucune activité adaptée, normalement exigible), le revenu d'invalide (second terme de la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA pour évaluer le taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative) peut être évalué sur la base des salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS, singulièrement sur les salaires mensuels bruts (groupe de tableaux A), en partant de la valeur centrale (médiane) (TF 9C_704/2008 du 6 février 2009, consid. 3.1.1). Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire

- 27 - statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322, consid. 5.2; 126 V 75, consid. 5b/aa-cc; VSI 2002 p. 70 s., consid. 4b). Cet abattement résulte de l'exercice par l'administration de son pouvoir d'appréciation, et le juge des assurances sociales ne peut substituer sa propre appréciation à celle de l'administration sans motif pertinent (ATF 132 V 393, consid. 3.3; 126 V 75, consid. 6). Le juge des assurances sociales ne revoit ainsi l'étendue de l'abattement retenu dans un cas concret par l'administration que si celle-ci a exercé son

pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit a commis un excès positif ou négatif de son pouvoir d'appréciation ou a abusé de celui-ci, notamment en retenant des critères inappropriés, en ne tenant pas compte de circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet des circonstances pertinentes ou en n'usant pas de critères objectifs (TF 9C_1047/2008 du 7 octobre 2009, consid. 3.1 et les arrêts cités). c) En l'espèce, l'autorité intimée a exposé avoir retenu un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé pour tenir compte des limitations fonctionnelles de la recourante (cf. lettres B.f et B.g supra). La recourante réclame un abattement de 20% au moins, en faisant valoir qu'aux limitations fonctionnelles retenues s'ajoutent encore d'autres désavantages, soit une formation particulièrement limitée, sa nationalité et son âge (cf. lettre C.c/cc supra). Toutefois, la formation limitée de la recourante ne constitue pas une circonstance pertinente dans ce contexte, s'agissant d'activités de niveau de qualification 4, qui sont accessibles sans formation particulière. S'agissant du critère de la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour, la recourante, ressortissante de Bosnie-Herzégovine, est au bénéfice d'un permis C, ce qui, selon la jurisprudence, a un effet positif sur la rémunération dans le niveau de qualification 4 par rapport aux valeurs médianes, qui ne distinguent pas selon la nationalité respectivement la catégorie d'autorisation de séjour (ATF 126 V 75, consid. 5a/cc ; TF U 11/07 du 27 février 2008, consid. 8.4 ; TF 8C_223/2007 du 2 novembre 2007, consid. 6.2.2). Enfin, la recourante est actuellement âgée de 48 ans, âge qui n'est en principe pas de nature à

- 28 - influencer négativement le revenu d'une activité lucrative (voir par exemple TF 8C_292/2009 du 10 juin 2009, consid. 5.2.1, où aucun abattement n'a été admis dans le cas d'un assuré âgé de 54 ans). On ne voit ainsi pas qu'en opérant un abattement de 10% sur les valeurs ressortant des statistiques pour tenir compte des limitations fonctionnelles de la recourante, l'OAI ait abusé de son pouvoir d'appréciation. d) La recourante estime cependant que l'abattement devrait également tenir compte du fait qu'elle exerçait une activité dans un domaine manifestement moins bien rémunéré que le revenu moyen statistique ressortant de l'ESS et qu'elle ne doit pas pâtir, dans le calcul du degré d'invalidité, du fait qu'elle a travaillé dans un domaine d'activité particulièrement mal rémunéré par rapport à la moyenne suisse (cf. lettre C.c/cc supra). La jurisprudence permet de prendre en considération le fait qu'un assuré réalisait un revenu nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité (notamment une formation professionnelle insuffisante), lorsque les circonstances ne permettent pas de supposer que l'assuré s'est contenté d'un salaire plus modeste que celui auquel il aurait pu prétendre et que l'on peut admettre que des qualifications insuffisantes l'empêchent de réaliser un salaire aussi élevé que le revenu moyen déterminé dans la branche en question (ATF 134 V 322). Cette jurisprudence ne permet en revanche pas d'opérer un abattement sur le revenu d'invalidé du seul fait qu'un assuré travaillait, comme c'est le cas de la recourante, dans un secteur d'activité particulièrement mal rémunéré par rapport à la moyenne du secteur production et services. Le fait que dans l'une ou l'autre situation, le salaire ressortant des données ESS pour une activité à plein temps soit plus élevé que le revenu obtenu par l'assuré avant l'invalidité ne suffit selon la jurisprudence pas à remettre en cause le recours à la méthode fondée sur les salaires statistiques (TF 9C_704/2008 du 6 février 2009, consid. 3.1.2). e) Il résulte de ce qui précède que la fixation par l'OAI du revenu d'invalidé sur la base des données statistiques ressortant de l'ESS,

- 29 - avec un abattement de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles de la recourante, qui conduit à retenir dès le mois d'août 2009 un degré d'invalidité de 44% justifiant la réduction de la rente d'invalidité à un quart de rente dès le 1er novembre 2009, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de travail et de gain (art. 88a al. 1 RAI), ne prête pas le flanc à la critique. 5. a) En définitive, le recours se révèle entièrement mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation des décisions attaquées. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, 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 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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