

## **VD\_GERICHTE ZD17.021194 vom 4. März 2019**

VD Tribunal cantonal, 2019-03-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD17.021194](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD17.021194)

FR: VD\_GERICHTE ZD17.021194 du 4 mars 2019

IT: VD\_GERICHTE ZD17.021194 del 4 marzo 2019

### **Erwägungen**

#### **E. 18**

juin 2012 ne tenait pas compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier. En effet, l'état du genou gauche n'était pas stabilisé lorsque le Dr D.\_\_\_\_\_ s'était prononcé (consid. 4a/aa) et ce dernier médecin n'avait pas intégré à son appréciation le fait que l'intéressée présentait également une problématique douloureuse au niveau du genou droit (consid. 4a/bb). L'instruction devait donc être complétée (consid. 5b). Il n'y avait en revanche pas lieu d'investiguer l'aspect psychique, faute d'indice pertinent au dossier (consid. 4b). B. L'OAI a conséquemment repris l'instruction de l'affaire et interpellé les médecins traitants de l'assurée. Aux termes d'un rapport du 21 janvier 2014, le Dr G.\_\_\_\_\_ a exposé que l'assurée se trouvait en incapacité de travail à la suite d'un status deux ans après la mise en place d'une PTG gauche, avec apparition d'un « clunk syndrome » ayant nécessité une libération du tendon quadricipital le 8 janvier 2014. Dans ces conditions, un recul de quatre à six mois était nécessaire pour pouvoir se prononcer quant à la capacité de

- 5 - travail. Le Dr G.\_\_\_\_\_ a également souligné que la patiente présentait une gonarthrose droite en varus débutante symptomatique mais traitée conservativement pour le moment. En date du 28 janvier 2014, l'OAI s'est vu transmettre un rapport établi le 7 mai 2013 par le Dr D.\_\_\_\_\_, signalant la présence d'une chondropathie à prédominance interne au niveau du genou droit, sans ostéonécrose ou dégénérescence méniscale, relevant que le résultat objectif pour le genou gauche était tout à fait bon, avec une bonne amplitude de mouvements, un genou stable et une inflammation minimale d'un côté, et estimant que la problématique de l'assurée était asséurologique et psychosociale. Dans un rapport du 24 avril 2014, le Dr G.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic incapacitant de PTG sur gonarthrose d'évolution difficile, renvoyant par ailleurs au Dr L.\_\_\_\_\_ à propos d'un état dépressif sans impact sur la capacité de travail. Il a fait état d'une incapacité de travail de 100 % dans l'activité de femme de ménage, avec des restrictions concernant les longues positions debout/assis, une impossibilité à effectuer un travail physique en position accroupie ou à genoux, ainsi qu'une forte diminution de rendement en raison des douleurs résiduelles. Il a ajouté que pour le moment, la reprise d'une activité adaptée n'était pas envisageable. Sur mandat de l'OAI, une expertise a été réalisée par le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 13 août 2014, l'expert a posé les diagnostics suivants : "4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail depuis quand sont-ils présents ? - Status post diagnostic de gonarthrose interne gauche le 17.11.11. - Status post pose de prothèse totale de genou gauche le 20.03.12.

- 6 - - Status post gonarthrose varisante droite, diagnostic posé à l'imagerie par résonance magnétique de date inconnue. (Il s'agit d'une donnée de dossier, l'assurée n'ayant apporté

aucune imagerie du genou droit). - Conflit sous-acromial droit non qualifié en l'absence de documentation. 4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail depuis quand sont-ils présents ? - Déconditionnement physique global et focal dans le cadre d'une obésité à Indice de masse corporelle de 34 kg cm<sup>2</sup>. - Lombalgies non étiquetées en l'absence de documentation - Status post pour clunck syndrom du genou gauche (prothésé) en janvier 2014 - Status post libération du tendon quadricipital gauche le 08.01.14." Sur cette base, l'expert C. \_\_\_\_\_ a retenu des limitations fonctionnelles au niveau de la marche prolongée, en terrain irrégulier ou en pente ou glissant, de même que pour le gravisement des escaliers ou le travail en hauteur, sur échelle ou échafaudage – l'utilisation d'un marchepied (escabeau de trois marches maximum) étant autorisée. Il fallait en outre éviter d'accomplir de façon répétitive ou fréquente les activités impliquant de soulever, porter, pousser, tirer des charges de plus de 15 à 25 kg, de ramper ou grimper ; il en allait de même du travail en position accroupie ou à genoux, tout comme du travail au-dessus du plan des épaules. Cela étant, l'expert C. \_\_\_\_\_ a retenu que l'activité habituelle demeurait exigible et que, si des périodes d'incapacité totale de travail devaient être reconnues en lien avec les opérations subies, soit respectivement du 20 mars au 20 juin 2012 et du 8 janvier au 15 février 2014, il n'y avait en revanche plus d'incapacité de travail dans une activité adaptée à compter du 30 juin 2012 – date de la fin des derniers rapports de travail. Par avis médical du 1er septembre 2014, le Dr H. \_\_\_\_\_, du SMR, s'est pour l'essentiel rallié aux conclusions de l'expert C. \_\_\_\_\_. Se référant aux limitations fonctionnelles retenues par ce dernier, le Dr H. \_\_\_\_\_ a toutefois précisé que, dans le cadre de son dernier emploi,

- 7 - l'assurée avait dû utiliser des escaliers ; cette activité n'était donc plus exigible dès le 5 septembre 2011. En revanche, dans une activité adaptée de femme de ménage/gouvernante ou toute autre activité adaptée, la capacité de travail était de 100 % dès le 30 juin 2012. En date du 10 novembre 2014, l'OAI a fait parvenir à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. L'office a retenu que si l'intéressée n'était plus en mesure d'exercer son ancienne activité depuis le 5 septembre 2011, elle disposait en revanche d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 30 juin 2012. Cela étant, l'OAI a évalué le taux d'invalidité de l'assurée à 11,32 %. Observant qu'un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donnait pas droit à une rente d'invalidité et que le droit au reclassement présupposait un manque à gagner durable de 20 % au moins, l'office a dès lors rejeté la demande de prestations. Par acte du 9 décembre 2014, l'assurée, sous la plume de son conseil, a fait part de ses objections à l'encontre du projet précité. Puis, le

## **E. 20**

avril 2015, elle a produit les documents suivants : - un rapport du 9 septembre 2014 consécutif à une imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou droit, aux termes duquel le Dr F. \_\_\_\_\_, radiologue, concluait à une gonarthrose tricompartmentale prédominant à hauteur du compartiment interne, à une méniscopathie interne et externe de grade III prédominant à hauteur du compartiment interne avec une rupture radiaire complète de la corne postérieure du ménisque interne et subluxation médiale de la corne moyenne, ainsi qu'à un épanchement intra-articulaire ; - un rapport du 8 décembre 2014 faisant suite à une IRM de l'épaule droite, dans lequel le Dr P. \_\_\_\_\_, radiologue, formulait les conclusions suivantes : "1. Sur fonde de tendinopathie des 22 premiers millimètres du tendon supra-épineux depuis son insertion, déchirure transfixiante partielle sur 5mm d'axe antéro-postérieur au niveau de l'insertion du

- 8 - faisceau du tendon supra-épineux. Deuxième déchirure partielle probablement transfixiante également localisée à environ 15mm de l'insertion humérale et quant à elle sur le faisceau plutôt postérieur de ce tendon. 2. Tendinopathie des 12 premiers millimètres du tendon sous- scapulaire, avec suspicion d'une minime déchirure partielle non- transfixiante à l'extrémité proximale de la tendinopathie, sous- réserve d'un examen non arthrographique. 3. Tendinopathie versus éventuelle petite déchirure interstitielle de la partie la plus supérieure du tendon infra-épineux, qui pourrait être un peu mieux étudié au moyen d'une arthrographie. 4. Tendinopathie de la portion horizontale du tendon du long chef du biceps, sans déchirure. 5. Pas de lésion cartilagineuse ou labrale démontrée sous réserve d'un examen non arthrographique. 6. Bursite sous acromio-deltaïdienne, et acromion avec inclinaison caudale de son bord externe dans un plan frontal, qui pourrait suggérer la présence d'un conflit sous acromial rentrant dans le cadre des altérations du tendon supra-épineux." - un protocole opératoire du 26 mars 2015 et un rapport du 15 avril 2015 du Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique et nouveau médecin traitant, dont il résultait notamment que la PTG du genou gauche avait été changée le 26 mars 2015 pour malposition de la prothèse et qu'une arthroplastie totale du genou droit était prévue pour l'automne, avant une suture et réinsertion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec ténodèse du tendon du long chef du biceps. Quant à la capacité de travail, elle était nulle et le demeurerait jusqu'à trois mois après la dernière intervention de l'épaule droite. Dans un courrier du 26 juin 2015 à l'OAI, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a précisé que l'évolution était actuellement favorable suite à l'intervention du 26 mars 2015 et que l'arthroplastie du genou droit était prévue pour le mois d'octobre suivant, l'intervention au niveau de l'épaule n'ayant pas encore été agendée. Par rapport non daté, indexé le 6 juillet 2016 par l'OAI, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de status après changement d'une PTG gauche et nouvelle arthroplastie le 26

- 9 - mars 2015, de gonarthrose tricompartmentale du genou droit, ainsi que de déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Il a précisé que l'évolution était favorable au niveau du genou gauche. Il a ajouté que la capacité de travail était nulle dans l'ancienne activité de femme de ménage/gouvernante et qu'il y avait des restrictions au niveau de la marche et l'utilisation du bras droit eu égard respectivement aux gonalgies droites et à la lésion de la coiffe des rotateurs. Dans un compte-rendu du 22 juillet 2016, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a exposé ce qui suit : "Etat de santé : actuellement, il est relativement stationnaire, car la patiente n'a pas d'activité physique, la gonarthrose tricompartmentale droite est relativement stable. Les douleurs son[t] maitrisables à l'aide d'anti-inflammatoires, et pour le moment la patiente ne veut pas se faire opérer [...], vu sa mauvaise expérience avec le genou gauche. Au niveau de ses épaules, la mobilité des bras est limitée en fonction de ses douleurs, due[s] à ses lésions des coiffes des rotateurs. En raison de ces pathologies touchant les membres supérieurs et les membres inférieurs, sa capacité, même dans une activité adaptée est très limitée. De plus, son état de santé, même s'il est relativement stationnaire actuellement, va forcément s'aggraver et d'autres interventions au niveau du genou droit et au niveau des épaules devront sans doute être nécessaires. Je continue donc d'attester que cette patiente présente une incapacité de travail pour des raisons orthopédiques même dans une activité adaptée, là on va de toute façon vers une aggravation de son état de santé." Par avis médical SMR du 1er septembre 2016, le Dr H.\_\_\_\_\_ a considéré que l'expertise du Dr C.\_\_\_\_\_ n'était plus d'actualité et qu'il y avait lieu de mettre en œuvre une expertise orthopédique aux fins d'établir l'état de santé de

l'assurée depuis 2011, les limitations fonctionnelles durables et la capacité de travail dans une activité adaptée. L'OAI a mandaté le Centre [...] (ci-après : le Centre J. \_\_\_\_\_) de [...] aux fins de réaliser l'expertise susdite. Dans ce contexte, l'assurée a été examinée le 2 novembre 2016 par le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce dernier a ensuite fait part de ses conclusions dans un rapport du 12 décembre 2016, retenant notamment ce qui suit :

- 10 - "SYNTHÈSE ET DISCUSSION [...] Situation actuelle et conclusions Actuellement Madame R. \_\_\_\_\_ souffre toujours de ses deux genoux, principalement le genou gauche opéré, et de douleurs à l'épaule droite en raison d'une rupture de la coiffe des rotateurs, et de lombalgies. Du point de vue thérapeutique, je pense qu'il n'y a plus de traitement chirurgical à envisager concernant son genou gauche et que la situation est stabilisée. Pour son genou et son épaule droit[s], elle poursuit un traitement conservateur qui pour l'instant l'aide à ne pas trop souffrir pour autant qu'elle limite les efforts. Un traitement chirurgical n'est pas encore indiqué. Depuis 2011 elle n'a pas pu reprendre son travail de femme de ménage et en raison de ses diverses pathologies articulaires dégénératives aux genoux et à l'épaule droite, elle ne pourra certainement plus reprendre son ancienne activité. Madame R. \_\_\_\_\_ présente de nettes limitations fonctionnelles, décrites [...] au chapitre 2 des questions et dont il faut tenir compte en ce qui concerne l'exigibilité pour une autre activité. Madame R. \_\_\_\_\_ ne pourra plus reprendre son ancienne activité de femme de ménage. En tenant compte des limitations fonctionnelles décrites ci-dessous, une activité adaptée est exigible 8h/jour avec un rendement à 100% depuis le 01.10.2015 soit 6 mois après sa dernière intervention au genou droit [recte : gauche], délai raisonnable pour une bonne récupération post-opératoire. En conséquence voici les réponses à vos questions : REPONSES AUX QUESTIONS [...]

1. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10) 1.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ? - Gonarthrose gauche et status après implantation d[e] PTG le 20.3.2012 avec gonalgies séquellaires. - Gonarthrose droite en varus avec méniscopathie dégénérative de grade 3. - Déchirure du tendon sus-épineux à l'épaule droite avec un conflit sous acromial - Status après révision du tendon quadricipital pour un « Clunk syndrome » après PTG gauche (8.01.2014). - Status après changement plateau tibial d'une PTG gauche pour défaut de position (26.03.2015). 1.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

- 11 - Depuis quand sont-ils présents ? - Lombalgies communes. - Obésité. 2. Quelles sont les limitations fonctionnelles ? Sur le plan physique Madame R. \_\_\_\_\_ souffre d'une gonarthrose bilatérale, modérée à droite, mais avec une PTG à gauche entraînant des douleurs aux deux genoux et plus particulièrement à gauche. Elle ne peut pas marcher plus de 20 minutes consécutivement sur terrain plat et doit s'arrêter. Elle ne peut plus ni monter ni descendre normalement des escaliers. Elle ne peut pas s'accroupir ni s'agenouiller. A l'épaule droite, Madame R. \_\_\_\_\_ souffre d'une déchirure des tendons de la coiffe des rotateurs (sus épineux) et présente des douleurs lorsqu'elle lève son bras ou soulève des charges de plus 1- 2 kilos au-dessus du plan des épaules ou lorsqu'elle doit faire des mouvements répétitifs tels que nettoyer des vitres. 3. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici 3.1 Comment agissent les troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ? Douleurs aux deux genoux principalement à gauche et à l'épaule droite, impossibilité de se mettre à genoux, de s'accroupir, de porter des charges et faire des mouvements répétitifs avec le bras droit. 3.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail Un travail dans une activité sédentaire, principalement assise, mais en alternance avec position debout et de

court déplacement, sans port de charges, sans monter ou descendre des escaliers et ne devant ni s'accroupir ou s'agenouiller est possible pour ses genoux. Des mouvements répétitifs de l'épaule droite, le port de charges, [I]es travaux bras en hauteur au-dessus du plan des épaules sont à éviter absolument[.] 3.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ? Non, l'activité de femme de ménage n'est plus exigible. 3.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure ? Oui à 100%. 3.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail ? A quel taux ? Depuis le 05.09.2011, à 100%.

- 12 - 3.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Il est resté stable à 100%. 4. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e) ? 4.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ? Oui. Le lieu de travail doit être dans un lieu où il n'y a pas d'escalier, surface plane non glissante et poste de travail ergonomiquement adéquat pour éviter une aggravation de ses problèmes à l'épaule droite et de ses lombalgies. Une alternance de position assise, debout et déplacement limité serait souhaitable aussi bien pour le dos et ses genoux. 4.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ? 100% et 8 heures par jour. 4.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ? Non. 4.4 Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible ? 6 mois après la dernière opération du genou gauche, soit le 1.10.2015. [...]" Par avis médical SMR du 9 janvier 2017, le Dr H. \_\_\_\_\_ a confirmé les conclusions de l'expert M. \_\_\_\_\_. En conséquence, il a retenu une entière incapacité de travail dans toute activité dès le 5 septembre 2011, suivie d'une capacité de travail entière dès le 1er octobre 2015 dans une activité adaptées aux limitations fonctionnelles suivantes : "Limitations fonctionnelles : activité légère, sédentaire ou semi-sédentaire principalement en position assise, permettant l'usage d'une selle ergonomique, sans manipulation de charges de plus de 5 kg, sans déplacement en terrain irrégulier, sans travail en hauteur ou sur une échelle, sans travail à genou et/ou en station accroupie, sans position du tronc tenue en porte-à-faux, sans flexions-rotations répétées du tronc, sans gestes demandant de maintenir les mains au-dessus du plan des épaules ni de soulever des charges de plus de 1-2 kg à bout de bras, sans usage de machine dangereuse, percutante et/ou vibrante ; activité en milieu tempéré, à heures fixes et réparties sur 5 jours ouvrables."

- 13 - En date du 18 janvier 2017, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision annulant celui du 10 novembre 2014 et le remplaçant dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1er septembre 2012 au 31 décembre 2015. Dans sa motivation, l'office a notamment retenu que l'intéressée avait présenté une complète incapacité de travail et de gain dans toute activité lucrative depuis le 5 septembre 2011 et que le droit à une rente entière d'invalidité était dès lors ouvert à partir du 1er septembre 2012, eu égard au délai d'attente d'une année. A compter du 1er octobre 2015, l'assurée disposait toutefois d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (telles que décrites par le SMR). Cela étant, L'OAI a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain pour cette période, mettant en évidence un taux d'invalidité de 12,66 % insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations de l'AI. Aussi y avait-il lieu de supprimer le droit à la rente entière au 31 décembre 2015, soit après un délai de trois mois conformément à la législation topique. Par acte de son mandataire du 20 février 2017, l'assurée a contesté le projet susdit s'agissant de la suppression de la rente au 31 décembre 2015. Elle a plus particulièrement fait valoir que rien ne justifiait de lui

reconnaître une pleine capacité de travail dans une activité adaptée au 1er octobre 2015, d'autant qu'elle devait prochainement subir une nouvelle intervention « eu égard à son incapacité de travail persistante ». Elle a également relevé que le rapport consécutif à l'expertise du 2 novembre 2016 ne lui avait pas été communiqué. Par envoi du 22 février 2017, l'OAI a transmis le rapport d'expertise du 12 décembre 2016 au conseil de l'assurée. Par écriture du 30 mars 2017, l'intéressée, sous la plume de son mandataire, a relevé que le rapport d'expertise susdit n'indiquait pas le type d'activité susceptible de correspondre aux limitations fonctionnelles.

- 14 - Par communication du 3 avril 2017 à l'assurée, l'OAI a évoqué, à titre d'activité adaptée, une activité légère dans le domaine de la production ou des services – telle qu'ouvrière dans le conditionnement, processus de production, ouvrière à l'établi, contrôle de la qualité. Pour le surplus, l'office a souligné qu'il n'incombait pas l'expert de se prononcer sur le type d'activité adaptée, mais au spécialiste en réinsertion. Considérant qu'aucun élément propre à modifier sa position n'avait été amené, l'OAI a dès lors indiqué à l'assurée qu'une décision sujette à recours serait prochainement notifiée. Par décision du 13 avril 2017, l'OAI a confirmé son projet du 18 janvier précédent et fixé le montant des rentes pour la période du 1er septembre 2012 au 31 décembre 2015. C. Agissant par l'entremise de son conseil, R.\_\_\_\_\_ a recouru le 15 mai 2017 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à son annulation [recte : réforme] et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1er janvier 2016, subsidiairement à l'octroi de mesures professionnelles et, plus subsidiairement, à l'annulation de la décision et à la mise sur pieds d'une expertise pluridisciplinaire ou à tout le moins orthopédique afin de déterminer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. En substance, la recourante – qui soutient avoir subi une arthroplastie du genou droit en octobre 2015 et de l'épaule droite au début de l'année 2016 – fait valoir qu'aucune activité lucrative n'est compatible avec ses limitations fonctionnelles, celles-ci étant de surcroît dégénératives. Elle ajoute que l'expert M.\_\_\_\_\_ a retenu de très importantes restrictions, tant au niveau des genoux que des épaules, et estime contradictoire qu'il n'en ait pas déduit une incapacité totale de travail dans toute activité, l'expert n'ayant pas davantage mentionné le type d'activité adaptée envisageable. Elle allègue en outre que ses troubles d'épaules lui interdisent tout mouvement répétitif, comme le relève l'expertise, mais que la décision attaquée n'en a pas tenu compte et que l'intimé l'a par ailleurs renvoyée à une activité adaptée dans le secteur de la production ou de la distribution, alors même qu'il s'agit de

- 15 - deux domaines impliquant soit une sollicitation particulière des genoux, soit des mouvements répétitifs. L'intéressée reproche également à l'OAI de ne pas avoir suffisamment justifié la suppression de la rente au 31 décembre 2015. Elle considère de surcroît que, dans l'éventualité d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, il conviendrait alors de lui faire bénéficier d'un reclassement professionnel. Enfin, la recourante soutient qu'une expertise pluridisciplinaire doit de toute manière être ordonnée vu la nature dégénérative de ses troubles, afin d'obtenir un avis éclairé sur le pronostic d'invalidité ou d'éventuelle réinsertion professionnelle, étant rappelé qu'elle est âgée de 62 ans. Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 26 juillet 2017. Il relève que les limitations fonctionnelles retenues dans la décision attaquée correspondent à celles décrites dans l'avis SMR du 9 janvier 2017 et que cet avis reprend les conclusions de l'expertise, de sorte que l'omission involontaire d'un élément par le

SMR ne porte pas à conséquence. L'OAI souligne également qu'il n'incombe pas à l'expert de dresser la liste des activités adaptées. Quant à la pleine capacité de travail, elle a été fixée – comme le prévoit la loi – après trois mois d'amélioration à compter du 1er octobre 2015, soit six mois après la dernière opération du genou gauche tel que retenu par l'expert. L'office observe de surcroît que la recourante ne présente pas un taux d'invalidité suffisant pour pouvoir prétendre à un reclassement et que le dossier n'a pas à être plus amplement instruit. Aux termes de sa réplique du 29 août 2017, la recourante persiste dans ses conclusions. Elle maintient en particulier que les conclusions et la motivation du rapport d'expertise sont contradictoires et estime qu'une nouvelle expertise s'impose. Dupliquant le 19 septembre 2017, l'intimé maintient sa position. E n d r o i t :

- 16 - 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. En l'occurrence, est litigieux le droit de la recourante à une rente d'invalidité à compter du 1er janvier 2016. En revanche, l'octroi d'une rente entière pour la période du 1er septembre 2012 au 31 décembre 2015 n'est pas sujet à controverse entre les parties, aucune raison pertinente ne justifiant par ailleurs de revenir sur ce point. 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Constitue une 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 se définit 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

- 17 - 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 (art. 6 LPGA). 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40 % 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 un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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, 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

- 18 - 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. c) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1). Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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

- 19 - les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C\_453/2017 & 9C\_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est

généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. 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 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). 4. En l'espèce, il est admis que la recourante présente une entière incapacité de travail dans son activité habituelle d'employée de maison/gouvernante depuis le 5 septembre 2011, compte tenu des pathologies articulaires dégénératives affectant ses genoux et son l'épaule droite. Se fondant sur l'appréciation de l'expert M. \_\_\_\_\_ du Centre J. \_\_\_\_\_, l'OAI a néanmoins retenu, aux termes de la décision attaquée, que l'intéressée disposait depuis le 1er octobre 2015 d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée – ce que la recourante conteste, considérant pour sa part ne plus être en mesure d'exercer une quelconque activité.

- 20 - a) Aux termes de son rapport du 12 décembre 2016, l'expert M. \_\_\_\_\_ a retenu que l'assurée présentait des troubles incapacitants sous forme de gonarthrose gauche et status après implantation d'une PTG le 20 mars 2012 avec gonalgies séquellaires, de gonarthrose droite en varus avec méniscopathie dégénérative de grade 3, de déchirure du tendon sus-épineux à l'épaule droite avec conflit sous-acromial, de status après révision du tendon quadricipital pour un « clunk syndrome » après PTG gauche le 8 janvier 2014 et de status après changement du plateau tibial de la PTG gauche pour défaut de position le 26 mars 2015. Cela étant, l'expert M. \_\_\_\_\_ a considéré que six mois après la dernière intervention, soit dès le 1er octobre 2015, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée – à savoir, une activité sédentaire, principalement en position assise en alternance avec la position debout, avec des déplacements limités, sur une surface plane non glissante, à un poste ergonomiquement adéquat, sans port de charges, sans escaliers, sans position accroupie ou à genoux, sans mouvements répétitifs de l'épaule droite et sans travaux avec les bras au-dessus du plan des épaules (cf. rapport d'expertise du 12 décembre 2016 p. 18 s.). b) C'est ici le lieu de relever que le Dr G. \_\_\_\_\_ a formulé des constatations somme toute compatibles avec l'évaluation de l'expert du Centre J. \_\_\_\_\_ mais portant uniquement sur la période antérieure au 1er octobre 2015 (cf. rapports du Dr G. \_\_\_\_\_ des 21 janvier et 24 avril 2014), qui n'est pas contestée. Il en va de même du Dr L. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 18 avril 2012). Quant au Dr D. \_\_\_\_\_, il s'est dans un premier temps prononcé strictement sous l'angle du genou gauche dont l'état n'était pas encore stabilisé (cf. rapport du 21 mai 2012) – appréciation jugée incomplète par la Cour de céans (cf. CASSO AI 246/12 – 310/2013 précité consid. 4). Il a ensuite dressé un tableau favorable du point de vue médical tout en prêtant une origine assécurologique et psychosociale à la problématique de l'assurée (cf. rapport du 7 mai 2013) ; or, cette évaluation ne convainc pas davantage dans la mesure où la prothèse gauche était en réalité mal positionnée et a nécessité une nouvelle intervention en mars 2015, étant de surcroît relevé que les

- 21 - troubles de la recourante ont été détaillés de manière convaincante par l'expert M. \_\_\_\_\_, qui ne leur a aucunement imputé un caractère socioculturel ou psychosocial. Pour ce qui est de l'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_, le SMR a expressément écarté le rapport y relatif du 13 août 2014 au motif qu'il ne traduisait pas la situation actuelle de la recourante (cf. avis du Dr H. \_\_\_\_\_ du 1er septembre 2016). S'agissant enfin du Dr Q. \_\_\_\_\_, il

a émis des constatations médicales superposables à celles de l'expert M. \_\_\_\_\_ mais en a tiré des conclusions différentes s'agissant de la capacité résiduelle de travail de la recourante – en particulier dans son rapport du 22 juillet 2016, où il a retenu une incapacité de travail totale dans toute activité. Son analyse n'est toutefois que succinctement motivée et constitue au final une appréciation différente (et moins étayée) d'un même état de fait, ce qui ne saurait suffire pour infirmer les conclusions de l'expert du Centre J. \_\_\_\_\_.

Finalement, on relèvera que l'examen du cas tel que réalisé par l'expert M. \_\_\_\_\_ a été validé par le SMR (cf. avis du Dr H. \_\_\_\_\_ du 9 janvier 2017). Force est ainsi de constater qu'aucun avis médical au dossier ne vient ébranler les conclusions de l'expert M. \_\_\_\_\_. On ajoutera encore que le rapport d'expertise du 12 décembre 2016 a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et tient compte des plaintes de la recourante. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation sont claires et les conclusions dûment motivées. Cette expertise remplit par conséquent les conditions de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. consid. 3c supra). c)

L'argumentation développée par la recourante ne permet du reste pas d'arriver à un autre constat. On notera tout d'abord que l'assurée a prétendu avoir subi une arthroplastie du genou droit en octobre 2015 et une intervention à l'épaule droite au début de l'année 2016 (cf. mémoire de recours du 15 mai 2017 p. 3), alors qu'il n'en est rien. En effet, si le Dr Q. \_\_\_\_\_ a certes mentionné en 2015 que de telles interventions étaient envisagées - 22 - (cf. rapports des 15 avril 2015 et 26 juin 2015), il a ultérieurement indiqué qu'un traitement conservateur avait finalement été mis en place dans la mesure où l'assurée ne voulait pas se faire opérer pour le moment (cf. rapport du 22 juillet 2016). La recourante semble par ailleurs partir d'un postulat erroné, selon lequel l'existence de plusieurs limitations fonctionnelles devrait nécessairement conduire à l'inexigibilité de toute activité (cf. mémoire de recours du 15 mai 2017 p. 9 et réplique du 29 août 2017). C'est toutefois le rôle du médecin et, a fortiori, de l'expert médical de déterminer si, dans un cas donné, les limitations fonctionnelles constatées restent compatibles avec l'exercice d'une activité lucrative, le cas échéant dans quelle mesure (cf. consid. 3c supra) – examen effectué de manière convaincante par l'expert M. \_\_\_\_\_ aux termes de son rapport d'expertise. Le seul fait que l'assurée émette un avis contraire sur le sujet ne saurait donc suffire à infirmer les conclusions dûment étayées de l'expert du Centre J. \_\_\_\_\_. C'est également le lieu de relever qu'à l'inverse de ce que soutient la recourante (cf. mémoire de recours du 15 mai 2017 p. 10 et réplique du 29 août 2017 p. 1), il importe peu en définitive que la limitation fonctionnelle relative à l'interdiction de tout mouvement répétitif ne figure pas dans le corps de la décision attaquée ou dans l'avis SMR du 9 janvier 2017. De fait, c'est bien sur la base de l'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_ que l'OAI s'est prononcé, expertise qui mentionne explicitement une limitation fonctionnelle sur ce point (cf. rapport d'expertise du 12 décembre 2016 p. 18 s.) ; quant à l'avis SMR du 9 janvier 2017, il s'agit simplement d'une synthèse du rapport d'expertise (cf. ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; voir également TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées), ne renfermant aucune appréciation susceptible de prendre le pas sur les conclusions formulées par le Dr M. \_\_\_\_\_. On ajoutera encore que contrairement à ce que soutient la recourante (cf. mémoire de recours du 15 mai 2017 p. 10), il n'incombait pas à l'expert médical d'énumérer les différentes activités lucratives susceptibles d'être compatibles avec les restrictions retenues. Il y a en effet lieu de rejoindre l'OAI (cf. réponse du 26 juillet 2017 p. 1) pour retenir que le rôle du médecin consiste à se prononcer du point de vue de l'exigibilité (cf. consid. 3c supra ; voir

- 23 - également ATF 132 V 393 consid. 3.2 et les arrêts cités), mais pas à traduire celle-ci en termes concrets au moyen d'une liste des professions potentiellement envisageables. Il suit de là que les griefs invoqués par la recourante à l'encontre de l'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_ ne peuvent qu'être rejetés. d) Il convient au demeurant de rappeler ici que, dans son arrêt rendu le 16 décembre 2013, la Cour de céans a nié l'existence de tout trouble psychique incapacitant (cf. CASSO AI 246/12 – 310/2013 précité consid. 5b). Il n'y a dès lors plus lieu de revenir sur ce point dans le présent contexte (voir à cet égard TF 8C\_472/2016 & 8C\_621/2016 du 6 juin 2017 consid. 3.2, non publié in ATF 143 V 231). Tout au plus relèvera-t-on, par surabondance, que le Dr G. \_\_\_\_\_ a certes évoqué un état dépressif dans son rapport du 24 avril 2014, mais qu'il a estimé qu'il s'agissait là d'une atteinte sans impact sur la capacité de travail. e) Au final, la Cour de céans retient avec l'intimé que, depuis le 1er octobre 2015, la recourante présente une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles d'ordre somatique. 5. a) La recourante fait encore implicitement valoir que le marché du travail n'offre aucune activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles. Plus précisément, elle reproche à l'intimé d'avoir considéré une activité dans le domaine de la production ou des services, alors même ces domaines impliqueraient soit des mouvements répétitifs du haut du corps, soit une sollicitation particulière des genoux (cf. mémoire de recours du 15 mai 2017 pp. 8 et 10). aa) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du

- 24 - travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b ; TF 9C\_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 6.2 et la référence citée). Il n'y a donc pas lieu d'examiner la question de savoir si la recourante peut être placée eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander si elle pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail sur un marché où les places de travail disponibles correspondent à l'offre de main d'œuvre (TF 9C\_326/2018 précité, loc. cit.). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C\_248/2018 du 19 septembre 2018 consid. 6.2 et les références citées). bb) Dans le cas particulier, compte tenu du large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général – et le marché du travail équilibré en particulier – il faut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles sont adaptées à la recourante et accessibles sans formation particulière (TF 9C\_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.3). Du reste, contrairement à ce que soutient l'intéressée, rien ne permet d'affirmer qu'une activité dans la production ou les services serait nécessairement incompatible avec les limitations fonctionnelles constatées. C'est ici le lieu de souligner que l'OAI a mentionné différents types d'activités envisageables – ouvrière dans le conditionnement, processus de production, ouvrière à l'établi (activité simple et légère), contrôle de la qualité (cf. communication du 3 avril 2017) – dont il y a lieu d'admettre qu'elles ne contreviendraient pas, sur le

- 25 - principe, aux restrictions physiques découlant des atteintes aux genoux et à l'épaule droite. Les griefs de la recourante doivent donc être écartés sur ce plan. b) L'assurée invoque par ailleurs son âge, du point de vue d'une éventuelle réinsertion professionnelle (cf. mémoire de recours du 15 mai 2017 p. 11). aa) S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail (TF 9C\_774/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2. et les références citées). Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C\_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1).

- 26 - Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée, correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C\_839/2017 du 24 avril 2018 consid. 6.2). bb) En l'espèce, la date déterminante pour se prononcer sur l'exigibilité de la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail est celle du rapport d'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_, soit le 12 décembre 2016 – correspondant au moment auquel il a été constaté que l'exercice d'une activité adaptée était exigible à 100 % du point de vue médical (cf. également avis SMR du 9 janvier 2017). La recourante, née le [...] 1955, était âgé de 61 ans et demi à ce moment-là. Cela posé, il est constant que depuis son arrivée en Suisse en 1973, l'intéressée a essentiellement œuvré dans le domaine de l'économie domestique, pour différents employeurs. Il n'apparaît pas qu'elle ait acquis, au cours de son parcours professionnel, une quelconque formation ou toute autre expérience qu'elle serait en mesure de mettre directement en valeur dans le cadre d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'exercice d'une nouvelle activité adaptée aux limitations fonctionnelles affectant ses deux membres inférieurs et son membre supérieur droit (soit : nécessité d'une activité sédentaire, principalement assise en alternance avec la position debout, avec des déplacements limités, sur une surface plane non glissante, à un poste ergonomiquement adéquat, sans port de charges, sans escaliers, sans position accroupie ou à genoux, sans mouvements répétitifs de l'épaule droite et sans travaux avec les bras au-dessus du plan des épaules) impliquerait, par conséquent, une reconversion dans un environnement professionnel totalement nouveau et présupposerait des facultés d'adaptation probablement insurmontables d'un point de vue subjectif. Compte tenu de la situation personnelle et professionnelle de la recourante, on peine dès lors à imaginer qu'un

employeur consente les

- 27 - moyens et les efforts nécessaires pour lui permettre de se réinsérer dans le monde du travail (cf. dans le même sens TF 9C\_716/2014 du 19 février 2015 spéc. consid. 5.4, concernant une assurée âgée de 61 ans et cinq mois à la date déterminante pour l'examen de la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail). Dans ces conditions, il convient de conclure que l'assurée n'est plus en mesure de retrouver un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles sur un marché équilibré du travail. c) Par conséquent, en tant que la recourante ne peut plus exploiter sa capacité résiduelle de travail sur le plan économique, il en résulte une invalidité totale sur le plan professionnel. Aussi, en l'absence de modification du degré d'invalidité dès après le 1er octobre 2015, c'est donc à tort que l'OAI a supprimé, avec effet au 31 décembre 2015, la rente d'invalidité octroyée à la recourante depuis le 1er septembre 2012. 6. Pour le surplus, vu l'issue du litige, la Cour de céans s'abstiendra de statuer sur les autres griefs de la recourante. 7. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la rente entière d'invalidité octroyée à la recourante dès le 1er septembre 2012 est maintenue au-delà du 31 décembre 2015. 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'intimé, qui succombe. Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il

- 28 - convient d'arrêter à 2'500 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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