VD_GERICHTE ZD20.019323 vom 24. März 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-03-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD20.019323

FR: VD_GERICHTE ZD20.019323 du 24 mars 2021

IT: VD_GERICHTE ZD20.019323 del 24 marzo 2021

Erwägungen

E. 12

décembre 2018, la Dre G._____ a précisé que la situation médicale était stable, l'assurée se plaignant de douleurs d'allure mécanique des rayons 3 et 5 de la main droite ainsi que d'arthralgies de type inflammatoire d'autres articulations. Elle a précisé que dans un travail léger, la capacité de travail était probablement d'environ 50 %, dès à présent. Aux titres des limitations fonctionnelles, elle a ajouté que l'assurée présentait des douleurs surtout au niveau des mains et des doigts qui augmentaient avec des mouvements à répétition. Ces douleurs n'empêchaient pas les activités de la vie quotidienne qui étaient réalisées de manière autonome. Le SMR, par son médecin le Dr Z._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a procédé à un examen clinique rhumatologique de l'assurée le 29 mai 2019. Il a également recueilli divers rapports auprès des médecins consultés par l'intéressée. Dans son rapport du 4 juin 2019, le Dr Z._____ a fait état d'un diagnostic, avec répercussion durable sur la capacité de travail, de syndrome de Sjögren primaire et de syndrome d'hypermobilité bénin articulaire ; il a également constaté, sans répercussion sur la capacité de travail, une possible tendinopathie des extenseurs de la main droite au décours. Il a considéré

- 5 - que l'incapacité de travail était totale dans toute activité à partir du 7 novembre 2016. Elle était restée totale dans des activités physiques à modérément physiques, telles qu'aide-soignante. Dans une activité plus légère, l'incapacité de travail était de 50 % à partir du 22 mai 2017 et de 25 % à partir du 14 février 2018, avec les limitations fonctionnelles suivantes : activité répétitive ou contre résistance, marche sans interruption au-delà d'une heure, position debout au-delà de trente minutes, position assise au-delà d'une heure, port de charges au-delà de 10 kg. Dans une activité à hauteur de bureau, avec possibilité d'alterner les positions assise et debout, la capacité de travail était de 75 %. Dans un projet de décision du 10 juillet 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui octroyer une demi-rente pour une invalidité de 50 % du 1er novembre 2017 au 31 mai 2018, soit trois mois après avoir recouvré une capacité de travail de 75 %. Les renseignements médicaux en sa possession mettaient en évidence que l'incapacité de travail remontait au 7 novembre 2016, soit le début du délai d'attente d'une année. La reprise d'une activité professionnelle en garderie n'était plus exigible. En revanche, la capacité de travail était de 50 % dès le 22 mai 2017, puis de 75 % à partir du 14 février 2018, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : activité répétitive ou contre résistance, marche sans interruption au-delà d'une heure, position debout au-delà de trente minutes, position assise au-delà d'une heure, port de charges au-delà de 10 kg. Pour évaluer le revenu avec et sans invalidité, l'OAI s'est référé aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique figurant dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), plus particulièrement au salaire que pouvait recevoir une femme dans des activités non qualifiées

du domaine de la production et des services. Le revenu sans invalidité a ainsi été arrêté à 55'073 fr., pour une activité à 100 %, et le revenu d'invalide à 27'536 fr. 73, pour une activité à 50 %, étant précisé que les limitations fonctionnelles étaient prises en considération dans la capacité de travail de 50 %. A l'échéance du délai de carence d'une année, soit au 7 novembre 2017, l'incapacité de travail et de gain était de 50 %. À partir du 14 février 2018, la capacité de travail dans une activité adaptée était de 75 % et le degré d'invalidité s'élevait

- 6 - ainsi à 25 %. Dès lors que le taux était inférieur à 40 %, il n'ouvrait plus droit à une rente. Le 27 août 2019, l'OAI s'est vu transmettre un certificat établi le 13 août précédent par le Dr W._____, dans lequel celui-ci attestait que depuis le mois de juillet 2017, la situation clinique de l'assurée ne s'était pas améliorée, avec des douleurs chroniques au niveau des mains et des pieds, s'étendant actuellement aussi au niveau des grosses articulations comme les genoux ou les coudes, avec des limitations fonctionnelles importantes et une incapacité de travail de 100 % depuis 2018. Par courrier du 10 septembre 2019, l'assurée a fait valoir ses objections à l'encontre du projet de décision du 10 juillet 2019, contestant le taux d'invalidité de 50 % et le caractère limité dans le temps de la rente. Elle a allégué que son état s'était péjoré, se référant à un certificat médical du 9 septembre 2019 du Dr W._____, similaire au précédent certificat du 13 août 2019, et à un rapport de la Dre G._____ du 9 septembre 2019 dans lequel elle indiquait que la situation n'avait pas changé sur le plan de l'activité de la maladie par rapport à décembre 2017, avec la même symptomatologie concernant les douleurs, comme cela ressortait du dernier rapport de consultation qui avait eu lieu le 27 août 2019. L'assurée a ajouté qu'elle avait dû se présenter aux urgences psychiatriques durant le mois de juillet 2019 à deux reprises. Elle a joint à cet effet un rapport du 6 septembre 2019 du Dr R._____ exposant qu'elle avait présenté en juillet un épisode dépressif accompagné d'idées suicidaires pour lequel elle s'était rendue aux urgences du Centre hospitalier N._____ pour un suivi de crise. L'intéressée manifestait une anxiété plus importante depuis lors. Un suivi psychothérapeutique plus régulier avait été mis en place et un traitement médicamenteux anxiolytique venait d'être introduit. Sollicité pour avis, le Dr S._____, médecin praticien au SMR, a considéré que les éléments nouveaux apportés par l'assurée ne mettaient pas en avant une modification de son état de santé, de sorte que les conclusions de l'examen clinique rhumatologique demeuraient

- 7 - valables. Le Dr R._____ faisait état dans son rapport d'un suivi en psychothérapie et non en psychiatrie, et il ne prescrivait pas d'incapacité de travail, de sorte qu'il n'y avait pas d'atteinte durablement incapacitante. Dans son certificat, le Dr W._____ indiquait uniquement la prise en charge du syndrome de Sjögren, déjà évoquée dans le rapport de la Dre G._____. Le 13 janvier 2020, l'assurée a adressé à l'OAI un certificat du 9 janvier 2020 du Dr W._____ dans lequel il indiquait que plusieurs traitements avaient été essayés pour stabiliser la maladie, sans succès, et qu'un nouveau médicament serait introduit en 2020. Le praticien évoquait encore les douleurs chroniques, œdèmes et tuméfactions dont souffrait l'assurée. Ce médecin avait également prolongé l'incapacité de travail à 100 % jusqu'au 13 août 2019, puis jusqu'au 31 décembre 2019. L'assurée a encore transmis un rapport du 31 décembre 2019 de la Dre G._____ qui confirmait ses précédents rapports, en ajoutant que lors sa dernière consultation du 17 décembre précédent, la patiente avait décrit des douleurs apparues au coude gauche et aux genoux en sus des douleurs aux membres supérieurs droits, raison pour laquelle un traitement

immunosuppresseur serait débuté prochainement. Dans un avis du 5 février 2020, le Dr S._____ a relevé que les douleurs du coude et des genoux étaient déjà connues lors de l'examen clinique rhumatologique du Dr Z._____ et qu'elles avaient été prises en compte dans l'évaluation. Il n'y avait au demeurant pas de modification des limitations fonctionnelles. Les conclusions du Dr Z._____ demeuraient valables. Par décision du 10 avril 2020, l'OAI a accordé à l'assurée une demi-rente d'invalidité du 1er novembre 2017 au 31 mai 2018, confirmant son projet de décision. B. Par acte du 20 mai 2020, H._____, désormais représentée par l'avocat Alexandre Lehmann, a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 10

 avril 2020. En substance, elle en demandait la réforme en sens qu'une demi-rente d'invalidité lui soit allouée sans limitation dans le temps. Elle a contesté le fait que son état de santé se soit amélioré, comme l'avait retenu l'intimé. Ses médecins traitants attestaient au contraire une incapacité de travail. Au vu de ces appréciations divergentes, l'OAI aurait dû mettre en œuvre une expertise bi-disciplinaire, comportant un volet rhumatologique et psychiatrique. A titre de mesures d'instruction, elle a requis qu'une expertise judiciaire soit mise en œuvre et qu'une audience de débats publics soit tenue, au cours de laquelle elle serait entendue. Par réponse du 7 juillet 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a relevé qu'un examen rhumatologique avait été réalisé et que le dossier médical de la recourante avait été soumis à plusieurs reprises au SMR. Le SMR avait de surcroît examiné les rapports médicaux transmis par la recourante. Ceux-ci n'établissaient pas qu'il y ait eu une aggravation de l'état de santé. Par décision du 8 juillet 2020, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 20 mai 2020 et a obtenu à ce titre l'exonération du paiement d'avances et de frais judiciaires, ainsi que la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Alexandre Lehmann. Répliquant le 22 octobre 2020, la recourante a réitéré ses arguments. Elle a ajouté que l'OAI n'avait pas pris en considération les avis de ses médecins traitants. A cet égard, la Dre G._____, dans un rapport du 15 octobre 2020, avait ajouté que la situation s'était légèrement péjorée, notamment avec des arthralgies persistantes au niveau des mains, pieds, genoux et coudes, et qu'une paresthésie bilatérale était apparue aux avant-bras. La recourante a encore reproché à l'intimé de ne pas avoir tenu compte des rapports des psychiatres figurant au dossier ni avoir investigué plus avant cette problématique psychiatrique. Elle a ajouté que l'expertise à ordonner devait en outre comporter un volet en médecine interne. La recourante a encore contesté les constatations du Dr Z._____ qui n'avait pas retranscrit les doléances

 formulées, ou pas correctement. En outre, même si l'examen clinique rhumatologique du Dr Z._____ devait être considéré comme probant, la recourante a reproché à l'OAI de ne pas avoir tenu compte de la baisse de rendement de 25 % constatée par le médecin. Un abattement supplémentaire de 15 % devrait encore être appliqué pour tenir compte du handicap qui empêchait toute polyvalence. La recourante a enfin modifié sa conclusion en ce sens que le droit à une demi-rente d'invalidité, au minimum, devait lui être reconnu depuis le 1er novembre 2017. Une audience de débats s'est déroulée le 24 mars 2021, en présence de la recourante et de son avocat. L'intimée était dispensée de comparution personnelle. D'entrée de cause, Me Lehmann a réitéré sa requête de mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Il a maintenu les conclusions prises au pied de son recours et produit la liste de ses opérations. E n d r o i t : 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 ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

- 10 - 3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle 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 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). L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements

- 11 - fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les

points litigieux aient fait l’objet d’une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu’il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu’il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l’appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l’élément déterminant pour la valeur probante, n’est ni l’origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). 4. a) En l’occurrence, la décision attaquée retient que la recourante dispose d’une capacité de travail de 50 % dès le 22 mai 2017 puis de 75 % dès le 14 février 2018, dans une activité adaptée. Pour rendre sa décision, l’OAI s’est fondé sur l’appréciation faite par le Dr Z._____ lors de son examen clinique rhumatologique du 29 mai 2019. Lors de cet examen, le Dr Z._____ a constaté que l’assurée marchait d’un pas normal à plat et dans les escaliers, que la marche sur les talons ou les pointes des pieds était réussie, que l’accroupissement

- 12 - était profond, la position assise maintenue sans manifestation algique pendant les 65 minutes de l’entretien et la gestuelle spontanée était libre. La palpation de la colonne vertébrale et de la musculature pararachidienne était indolore, les amplitudes de la colonne vertébrale étaient bonnes dans tous les axes et il n’y avait pas de douleurs lombaires. Faisant état des plaintes douloureuses de l’assurée, le Dr Z._____ a toutefois relevé que l’importance de celles-ci contrastait avec l’examen clinique qui était rassurant. Les douleurs diffuses n’avaient pas un caractère spécifique et aucune inflammation articulaire n’était objectivable. L’aisance qu’avait l’assurée à se mouvoir, à rester assise, la force maintenue aux quatre membres, la thymie qui n’exprimait pas la souffrance, ne concordaient pas avec les douleurs qu’elle signalait. La concordance entre les constatations émanant des radiographies analysées dans le cadre de l’examen du Dr Z._____ et les plaintes douloureuses était également faible ; des signes inflammatoires n’étaient objectivés sur les ultrasons que sur l’annulaire gauche et l’index droit. Le Dr Z._____ a encore remarqué que les importantes limitations signalées par l’assurée dans le domaine professionnel ne se rencontraient pas dans tous les domaines de la vie, notamment au quotidien. Le Dr Z._____ a établi son rapport en pleine connaissance de l’anamnèse, après s’être fondé sur des examens complets et avoir pris en considération les plaintes exprimées. Il a également décrit le contexte médical et l’appréciation de la situation médicale de manière claire. Il a de surcroît motivé ses conclusions de manière convaincante. Son rapport revêt une pleine valeur probante. Les autres rapports médicaux au dossier n’exposent pas de manière suffisamment étayée les motifs pour lesquels les atteintes constatées entraineraient une limitation de la capacité de travail supérieure à 25 % dans une activité adaptée, contrairement aux constatations du Dr Z._____. Les Drs W._____ et G._____ ont continué à attester des douleurs étendues et chroniques de l’assurée, la Dre G._____ précisant même que la situation était inchangée (rapport du 9 septembre 2019). Ils ont tous deux fait état de l’extension des

- 13 - douleurs aux genoux et aux coudes (rapports des 13 août, 9 septembre et 31 décembre 2019). Or, dans son appréciation, le Dr Z._____ a pris en considération les douleurs chroniques, les œdèmes et les tuméfactions que l’assurée présentait, mais aussi les douleurs aux coudes et aux genoux dont elle souffrait déjà lors de l’examen clinique. Les médecins traitants n’ont en conséquence pas fait état d’éléments que le Dr Z._____ n’aurait pas pris en compte ou d’éléments nouveaux. b) Pour le surplus, il est rappelé que la situation

doit être examinée selon l’état de fait tel qu’il se présentait au moment où l’intimé a statué, soit en avril 2020. A cet égard, l’apparition des paresthésies bilatérales, telles qu’évoquées par la Dre G._____ dans son rapport du

E. 15

octobre 2020, ne pourra être prise en considération que dans le cadre d’une nouvelle demande. Il en va de même d’une éventuelle péjoration de l’état de santé psychique de la recourante dès le mois de juillet 2019. L’assurée a alors présenté un épisode dépressif accompagné d’idées suicidaires pour lequel elle s’était rendue aux urgences du Centre hospitalier N._____ pour un suivi de crise. Elle a par la suite manifesté une anxiété plus importante, nécessitant un suivi psychothérapeutique plus régulier, selon le Dr R._____ (rapport du 6 septembre 2019). En effet, compte tenu du délai d’attente de l’art. 28 al. 1 let. b LAI, une nouvelle atteinte incapacitante apparue en juillet 2019 n’aurait pas pu fonder l’ouverture d’un droit à la rente pendant la période pertinente, soit celle courant jusqu’à la décision litigieuse, rendue en avril 2020. La recourante demeure néanmoins libre de déposer une nouvelle demande de prestations si elle l’estime opportun au vu de l’évolution récente de son état de santé. c) Le dossier contient par ailleurs suffisamment d’éléments pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, la mise en œuvre d’un complément d’instruction sous la forme d’une expertise médicale requise par l’assurée (cf. mémoire de recours du

E. 20

mai 2020 et réquisition d’entrée de cause lors de l’audience de jugement du 24 mars 2021) apparaît dès lors inutile (appréciation

- 14 - anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 ; TF 8C_731/2018 du 15 mars 2019 consid. 6.2). 5. a) Aux termes de 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 ordinaire, 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). b) Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l’activité lucrative habituelle exercée avant l’atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité l’assuré aurait effectuée s’il était resté en bonne santé. On se référera en règle générale à l’Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l’Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l’établissement du revenu avec invalidité lorsque l’assuré n’a pas repris d’activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16). c) Pour une personne ne disposant d’aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l’économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l’ESS

correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les

- 15 - entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; ATF 129 V 222). d) L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalide est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyens de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de l'assuré et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2). 6. a) Dans le cas d'espèce, la recourante ne conteste pas le revenu sans invalidité tel que déterminé par l'OAI. Contrôlé d'office, ce revenu peut être confirmé. b) La recourante reproche en revanche à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de la baisse de rendement de 25 % constatée par le Dr Z._____ et de ne pas avoir appliqué un abattement supplémentaire de 15 % sur le salaire issu des données statistiques pour tenir compte de son handicap.

- 16 - Contrairement à ce que soutient la recourante, il n'y a toutefois aucune raison de penser que la capacité de travail de 75 % attestée par le Dr Z._____ ne tient pas déjà compte d'une diminution de rendement liée à la fatigue et aux limitations fonctionnelles. En outre, quand bien même on peut admettre qu'un abattement de 10 % pourrait être pris considération au vu des limitations fonctionnelles, il n'ouvrirait pas le droit à une rente pour la recourante, son taux d'invalidité restant inférieur au seuil de 40 % ([55'073 – 37'174,58] / 55'073 x 100 = 32,5 %). Un abattement de 10 % n'ouvrirait pas davantage droit à une rente supérieure à celle allouée par l'intimé pour la période allant jusqu'au 31 mai 2018. Il n'en irait au demeurant pas différemment avec un abattement de 15 % ([55'073 – 35'109,33] / 55'073 x 100 = 36,25 %). c) Vu ce qui précède, l'OAI était légitimé à octroyer une demi-rente à l'assurée pour une durée limitée dans le temps, soit du 1er novembre 2017 au 31 mai 2018. 7. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

- 17 - c) Il n’y a par ailleurs pas lieu d’allouer de dépens, la recourante n’obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). d) S’agissant du montant de l’indemnité due au conseil d’office, elle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l’assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). En l’espèce, selon la liste des opérations communiquée lors de l’audience du 24 mars 2021, Me Lehmann a chiffré à 17 heures le temps consacré au dossier de la recourante. Il a également revendiqué une vacation à 120 fr. pour l’audience du 24 mars 2021 ainsi que 330 fr. 30 à titre de débours, soit 177 fr. 30 pour des frais de photocopies et 153 fr. représentant un montant forfaitaire de 5 %. Vu la nature du litige et la difficulté de la cause, le temps consacré au dossier peut être admis. S’agissant des débours, on rappellera que ceux-ci sont désormais fixés de manière forfaitaire à raison de 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ) et qu’ils comprennent les frais de photocopies, d’acheminement postal et de télécommunication (art. 3bis al. 2 RAJ). Les débours seront ainsi rémunérés conformément à l’art. 3bis al. 1 RAJ, étant souligné que le conseil d’office ne fait valoir aucune circonstance exceptionnelle qui pourrait justifier d’arrêter les débours à un montant supérieur, ni ne présente une liste accompagnée de justificatifs de paiement (cf. art. 3bis al. 4 RAJ). Il s’en suit que l’indemnité d’office de Me Lehmann est arrêtée à 3'589 fr. 65 ([17 h x 180 fr.] + 120 fr. [vacation] + 5 % [débours] + TVA 7,7 %), débours, vacation et TVA compris. La rémunération de l’avocat d’office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de

- 18 - l’art. 18 al. 5 LPA-VD). La recourante est rendue attentive au fait qu’elle est tenue de rembourser le montant des frais de justice et de l’indemnité d’office dès qu’elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l’art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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