

VD_GERICHTE ZD21.001883 vom 16. März 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-03-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD21.001883

FR: VD_GERICHTE ZD21.001883 du 16 mars 2023

IT: VD_GERICHTE ZD21.001883 del 16 marzo 2023

Erwägungen

E. 28

mars 2019, le Dr B. _____ avait posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de status post rupture du LCA du genou gauche datant de 2017 ou antérieurement, de déchirure partielle du LLI du genou gauche le 4 août 2018, de tachycardie supraventriculaire sur myxome depuis 2018 et d'arthrose sévère du pied gauche depuis 2017. Il a encore retenu les diagnostics d'hypertension artérielle stabilisée et de dyslipidémie, sans incidence sur la capacité de travail. Il a estimé que la capacité de travail était nulle depuis l'accident puis de 60 % dès le 1er avril 2019, puis à terme de 100 %, dans un poste adapté ne requérant pas de genuflexion ni de station debout, avec un port de charges limité. Le 9 mai 2019, l'OAI a proposé à l'assurée une mesure d'intervention précoce auprès de l'un de ses prestataires, comprenant un entretien préalable, un bilan d'orientation et un stage pratique. Lors d'un entretien téléphonique du 14 mai 2019, la fille de l'assurée a fait part de son étonnement quant à cette proposition, dès lors que sa mère se déplaçait avec difficultés et souffrait également du cœur. Le lendemain, l'assurée a confirmé qu'elle ne souhaitait pas bénéficier de cette mesure. L'OAI a donc mis fin à la mesure d'intervention précoce. Le 23 juillet 2019, il a informé l'intéressée qu'il poursuivait l'instruction de sa demande de prestations. La CNA a à nouveau adressé à l'OAI les pièces médicales constituant son dossier. Dans des certificats médicaux successifs, le Dr B. _____ avait continué à attester une incapacité de travail totale, précisant que l'état de santé de l'intéressée autorisait son départ en vacances à l'étranger du 26 juillet au 18 août 2019. Dans un rapport du 16 mai 2019, il a indiqué qu'en raison de l'usage d'une canne, l'assurée avait chuté et s'était blessée au genou droit. Il n'existait qu'une contusion rotulienne sans lésion ligamentaire ni osseuse à la radiographie. En raison de la marche avec deux cannes, une épicondylite gauche était apparue. L'assurée avait en outre dû consulter en urgence le cardiologue S. _____ le 22 novembre 2018, en raison de l'apparition brutale d'une tachycardie supra-ventriculaire. L'assurée avait également été examinée par le Dr V. _____, médecin d'arrondissement de la CNA. Dans un rapport du

- 4 - 10 juillet 2019, le Dr V. _____ avait relevé que l'assurée avait été victime d'un nouvel accident le 15 avril 2019 au niveau de son genou droit, sans plus de précision. Il avait constaté qu'elle présentait une obésité morbide et un déconditionnement certain. Objectivement, les genoux ne montraient pas d'épanchement et les articulations étaient sans troubles majeurs sur les bilans radiologiques disponibles. Il préconisait un séjour à la Clinique D. _____. Dans un rapport du 19 septembre 2019 adressé à l'OAI, le Dr B. _____ a rappelé l'anamnèse déjà exposée dans son rapport du 16 mai 2019 à l'attention de la CNA. Il a confirmé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle mais était de 40 %, dès le 1er avril 2019, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : station debout limitée à 5 minutes, station assise

limitée à 1 heure, port de charges inférieures à 5 kg. Les multiples lésions articulaires aux genoux et au pied gauche expliquaient que la reprise d'une activité devait être progressive et serait réévaluée à la hausse. Le Dr B. _____ a joint à son rapport celui du Dr S. _____ duquel il ressortait que l'échographie cardiaque avait mis en évidence une insuffisance mitrale modérée et une valve mitrale très remaniée. Dans l'intervalle, sur requête de la CNA, l'assurée a séjourné à la Clinique D. _____ du 16 octobre au 12 novembre 2019. Dans leur rapport du 27 novembre 2019, les médecins de la Clinique D. _____ ont retenu les diagnostics de traumatisme du genou gauche le 4 août 2018, de probable ancienne rupture du LCA et entorse du LLI (IRM du 22 août 2018) et d'épanchement articulaire modéré du genou gauche et status post entorse de grade II du LLI le 1er mars 2019. Ils ont également fait état de comorbidités, soit une valvulopathie mitrale avec tachysystolie paroxystiques depuis 5 ans, une dyslipidémie traitée, une hypertension artérielle traitée, une obésité de grade III (BMI 48,23 kg/m²), une coxarthrose gauche débutante mise en évidence par une radiographie du 23 octobre 2019 et une enthésopathie du tendon du moyen-fessier et une bursite per-trochantérienne gauche mise en évidence par une IRM du 4 novembre 2019. L'évolution au cours du séjour était subjectivement et

- 5 - objectivement favorable. Les médecins ont relevé une claire discordance entre la perception du handicap fonctionnel et celui objectivé aux différents tests réalisés durant le séjour. Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Des facteurs contextuels pouvaient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par la patiente, notamment une perception du handicap fonctionnel majeur, un catastrophisme et une kinésiophobie élevée. Les médecins de la Clinique D. _____ ont retenu les limitations fonctionnelles provisoires suivantes : (par rapport à la hanche gauche) pas port de charges répété de plus de 5- 10 kg, marche prolongée surtout en terrain irrégulier et réalisation répétée d'escaliers. Une stabilisation médicale était attendue dans 1 ou 2 mois pour son genou gauche, tandis qu'il n'était pas possible de se prononcer concernant la hanche gauche. Une consultation auprès du Dr X. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, était prévue. Le pronostic de réinsertion dans l'activité habituelle était défavorable, tout comme dans une activité adaptée même si les médecins s'attendaient à une pleine capacité dans cette dernière activité. Le Dr X. _____ a examiné l'assurée et indiqué, dans son rapport du 20 janvier 2020, que si l'assurée rapportait des douleurs et une instabilité à la marche au niveau du genou gauche, il n'y avait ni gonarthrose sous-jacente ni pathologie fémoro-patellaire. L'assurée présentait parallèlement une coxarthrose gauche débutante, très peu symptomatique et sans influence sur la symptomatologie actuelle. Le Dr X. _____ n'a pas retenu d'indication chirurgicale concernant l'instabilité de la hanche, mais la poursuite des séances de réadaptation ainsi que la réduction de la surcharge pondérale avant d'envisager la pose d'une orthèse. Le Dr V. _____, de la CNA, a revu l'assurée le 26 février 2020 avant de dresser son rapport d'examen final. Il a relevé qu'objectivement, l'assurée, obèse avec un BMI proche de 50, s'autolimitait de manière importante puisqu'elle refusait de marcher sur les talons et sur la pointe

- 6 - des pieds, de s'accroupir, ou de réaliser la station monopodale gauche. Cliniquement, les deux genoux étaient calmes, la mobilité conservée en flexion et extension, sans instabilité dans le plan sagittal objectivable au niveau du genou gauche. Il a retenu des limitations pour la marche prolongée en terrains irréguliers, la station debout prolongée, la montée ou descente répétée d'échelles, d'escaliers et d'escabeaux ainsi que pour les travaux

nécessitant une position sur les genoux ou accroupie. Dans une activité respectant ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail était entière. La poursuite du traitement de physiothérapie n'était pas indiquée, à défaut de bénéfice durable apportée jusqu'ici. Aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité physique n'était due. Le 27 février 2020, la CNA a mis fin au paiement des soins et des indemnités journalières avec effet au 31 mars 2020, dès lors que, de l'avis de son service médical, il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites des accidents des 4 août 2018 (genou gauche) et 15 avril 2019 (genou droit). Le 9 avril 2020, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a procédé au calcul du salaire exigible de l'assurée, arrêtant le revenu sans invalidité à 56'375 fr., sur la base des informations transmises par son dernier employeur, et le revenu avec invalidité à 50'063 fr. 01 au moyen des données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure de salaire (ESS) 2016, plus particulièrement du revenu que pouvait réaliser une femme à 100 % en 2020 dans le domaine de la production et des services, dans une activité simple et répétitive (niveau de compétence 1) en tenant compte d'un abattement de 10 % en raison de l'âge et des années de service. Le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a précisé que les limitations fonctionnelles n'étaient pas assez importantes pour limiter l'accès à un éventail d'activités suffisamment large et par conséquent n'engendraient pas de désavantage salarial. L'assurée pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple le montage, le contrôle, la surveillance d'un processus de production,

- 7 - ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement. Dans un projet de décision du 15 avril 2020, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui accorder une rente entière d'invalidité du 1er octobre 2019 au 31 mai 2020. Il a retenu que l'assurée présentait une incapacité de travail sans interruption depuis le 4 août 2018, début du délai d'attente d'une année. Selon les informations en sa possession, notamment le rapport du médecin d'arrondissement de la CNA, l'activité habituelle n'était plus exigible, mais la capacité de travail demeurait entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, dès le 26 février 2020, date de l'examen final du médecin d'arrondissement. Les limitations fonctionnelles retenues étaient l'absence de marche prolongée en terrains irréguliers, pas de station debout prolongée, pas de montée et descente répétée d'échelles, d'escaliers et d'escabeaux, pas de travaux nécessitant une position sur les genoux ou accroupie. Le droit à la rente de l'assurée prenait effet au plus tôt six mois après le dépôt de sa demande. Il prenait fin trois mois après avoir recouvré une pleine capacité dans une activité adaptée, soit au 31 mai 2020, dès lors que le degré d'invalidité n'était que de 11 % après comparaison des revenus avec et sans invalidité. L'OAI a ajouté qu'afin d'aider l'assurée à réintégrer le monde de l'économie, il lui proposait le soutien de son service de placement. Le 5 mai 2020, l'assurée, désormais représentée par son conseil, a déposé une demande d'allocation pour impotent. Le 15 mai 2020, l'assurée, toujours sous la plume de son conseil, a fait valoir des objections à l'encontre du projet de décision de l'OAI du 15 avril 2020. Elle a soutenu que l'appréciation du Dr V. _____, sur laquelle s'était fondé l'OAI pour rendre sa décision, était valablement mise en doute par l'avis du Dr B. _____ dans son rapport du 19 septembre 2019. Sa capacité de travail était toujours nulle, comme celui-ci l'attestait dans deux nouveaux certificats d'incapacité, et les limitations

- 8 - fonctionnelles constatées rendaient tout travail impossible. Une demande d'allocation pour impotent avait d'ailleurs été déposée. Le 12 juin 2020, se fondant sur un rapport du 8 juin 2020 du Dr B. _____, l'assurée a complété ses objections. Selon le Dr B. _____, la position debout ou assise prolongée était impossible pour l'assurée, un changement toutes les dix minutes était nécessaire, le port de toutes charges était impossible en raison de l'utilisation de béquilles, la marche en terrain irrégulier et l'utilisation d'escaliers étaient impossibles, tout comme tout effort physique. À l'aune de ces limitations, l'assurée était tout au plus capable de travailler à 60 %, avec un rendement de 50 %. Il a également indiqué qu'il doutait que ces limitations soient compatibles avec la réalité du marché. Enfin, l'assurée a fait valoir un droit à des mesures de reclassement, dès lors qu'une rente lui avait été octroyée de manière rétroactive après l'âge de 55 ans puis simultanément supprimée. L'OAI a soumis ce nouvel élément au SMR. Dans un avis du

E. 29

septembre 2020, la Dre W. _____ a considéré qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter des précédentes conclusions du SMR. Elle a relevé que le Dr B. _____ avait d'abord fait état dans son rapport du 28 mars 2018 d'une pleine capacité de travail, à terme, dans une activité adaptée. Depuis lors, aucun fait nouveau significatif n'était survenu à l'exception d'une contusion du genou droit et d'une tachycardie supraventriculaire parfaitement stabilisée sous traitement. De plus, aucun élément médical objectif, notamment au niveau clinique ou paraclinique, ne semblait pouvoir soutenir cette appréciation en faveur d'une diminution durable de la capacité de travail dans toutes activités. L'appréciation du Dr B. _____ semblait en grande partie basée sur des éléments non-médicaux (dont l'évaluation de la réalité du marché du travail) pour lesquels l'OAI n'était pas appelé à se prononcer. Dans l'intervalle, la CNA a soumis le cas de l'assurée à l'appréciation de la Dre N. _____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, qui s'est prononcée dans un rapport du 30 septembre 2020. Par décision sur opposition du 1er octobre 2020, la CNA a

- 9 - refusé d'accorder une rente d'invalidité à l'assurée au motif qu'elle ne présentait pas de diminution notable de sa capacité de gain des suites de ses accidents. Dans un courrier du 5 novembre 2020, l'OAI s'est prononcé sur les griefs soulevés par l'assurée. Il s'est référé à l'avis SMR du 29 septembre 2020 de la Dre W. _____ et considéré qu'il n'y avait aucun élément nouveau permettant de revenir sur son projet de décision. Les éléments apportés étaient tout au plus une appréciation différente d'une même situation pathologique, sans que des arguments objectifs ne contredisent ses précédentes conclusions. L'OAI a informé l'assurée qu'elle recevrait prochainement une décision. Il a réitéré sa proposition d'aide au placement. Par décision du 10 décembre 2020, l'OAI a accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1er octobre 2019 au 31 mai 2020, conformément à son projet de décision. B. Le 14 janvier 2021, G. _____, toujours représentée par son conseil, a déposé un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision. Elle a conclu principalement à sa réforme, en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit accordée postérieurement au 31 mai 2020, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, plus subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé en vue de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, plus subsidiairement encore à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel sous la forme d'un reclassement. La recourante a soutenu qu'elle n'avait pas recouvré une pleine capacité de travail à partir du

26 février 2020. Il a reproché au SMR de s'être fondé sur l'examen médical de la CNA, limité aux conséquences des accidents subis et excluant ainsi les comorbidités, qui n'était de surcroît pas motivé et ne prenait pas en considération l'appréciation du Dr B._____. Elle a contesté le calcul du degré d'invalidité, estimant que le revenu d'invalidité devait être arrêté en tenant compte d'une capacité de travail de 30 %, soit

- 10 - une capacité de 60 % avec un rendement de 50 %, et d'un abattement de 10 %. Elle a requis l'octroi de mesures d'ordre professionnel, dès lors qu'elle avait plus de 55 ans et s'était vue accorder une rente d'invalidité rétroactive limitée dans le temps. A titre de moyen de preuve, elle a sollicité la tenue de débats publics. Par décision du 16 février 2021, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 14 janvier 2021 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 Jean-Michel Duc. Par réponse du 19 mars 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il s'est référé à l'avis SMR du 29 septembre 2020, lequel pouvait être confirmé et suivi, le SMR ayant tenu compte de toutes les pièces au dossier. L'abattement sur le revenu d'invalidité était conforme à la jurisprudence. S'agissant des mesures d'ordre professionnel, l'assurée avait refusé une mesure de soutien à la réinsertion, le droit au reclassement n'était pas ouvert et une aide au placement avait été proposée. En outre, la recourante avait exercé différentes activités avant son emploi d'expéditrice de journaux. Répliquant le 22 avril 2021, la recourante a à nouveau dénié toute valeur probante aux avis SMR, fondés sur les appréciations lacunaires des médecins de la CNA. En premier lieu, la Dre W._____, médecin généraliste française ne disposait pas d'autorisation de pratiquer en Suisse et n'avait pas procédé à un examen clinique avant de rendre son avis. Ensuite, l'appréciation du médecin de la CNA ne pouvait être suivie, au vu de l'analyse réalisée par le Dr B._____ dans un rapport du 15 avril 2021. Puis, l'appréciation des médecins des assurances était remise en cause le Dr S._____ qui estimait dans un rapport du 9 février 2021 que la capacité de travail était nulle en tenant compte de tous les éléments de handicap physique et psychique. Enfin l'abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité ne tenait pas suffisamment compte de l'âge, de

- 11 - l'absence de formation, des limitations fonctionnelles et des comorbidités cardiaques et ostéoarticulaires. Par duplique du 11 mai 2021, l'OAI a confirmé ses conclusions en rejet du recours. Pour le surplus, il a renvoyé à un avis SMR établi par la Dre W._____ le 3 mai 2021 duquel il ressortait que les rapports produits par la recourante en procédure n'apportaient pas d'élément nouveau susceptible de revoir les conclusions du SMR. La Dre W._____ a relevé, s'agissant des atteintes ostéoarticulaires, que la situation était stable, au vu notamment des conclusions auxquelles était arrivée la Dre N._____ dans son appréciation du 30 septembre 2020. Concernant la tachycardie atriale paroxystique, la pathologie était connue depuis 5 ans et n'était pas considérée comme incapacitante par le médecin traitant. S'agissant des rapports du Dr S._____, ceux-ci faisaient état de la même pathologie ainsi que d'une amélioration de la dysfonction diastolique ; ils ne précisaient en revanche pas les raisons pour lesquelles l'intolérance et la dyspnée à l'effort seraient incompatibles avec l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. Enfin, l'obésité et le déconditionnement présents de longue date et entraînant un essoufflement à l'effort, ainsi que le syndrome métabolique pouvaient s'améliorer dans le cadre de mesures hygiéno-diététiques et n'étaient pas incompatibles avec une activité adaptée, de type sédentaire, sans efforts physiques importants. La recourante s'est

déterminée à son tour le 9 juin 2021 sur l'avis SMR de la Dre W. _____ produit en procédure. Elle a reproché à l'OAI de ne pas avoir instruit les atteintes cardiaques présentées et de faire actuellement grief au Dr S. _____ de ne pas étayer son point de vue. Elle a rappelé que le SMR n'avait pas instruit la totalité des atteintes, se limitant aux avis des médecins de la CNA dont l'analyse était circonscrite aux conséquences de l'accident subi, comme l'avait exposé le Dr B. _____ dans son rapport du 15 avril 2021. La Dre N. _____ avait d'ailleurs relevé, dans son appréciation du 30 septembre 2020, que les avis divergents entre le Dr B. _____ et la CNA quant à la capacité de travail étaient dus au fait que le médecin traitant ne prenait pas

- 12 - uniquement en compte les atteintes dues aux accidents, mais toutes les comorbidités. Ce manque d'instruction ne pouvait être comblé à ce stade par un nouvel avis du SMR. La recourante a précisé qu'elle avait ainsi demandé un devis au Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour la réalisation d'une expertise privée. Elle a requis que la Cour de céans statue sur la prise en charge de cette expertise par l'intimé, respectivement par l'Etat. Dans une écriture du 29 juin 2021, l'intimé a relevé que l'argumentation de la partie recourante se limitait à discréditer le SMR sans élément susceptible de modifier la décision litigieuse. Il a rappelé que la Dre W. _____ avait les diplômes et autorisations nécessaires pour fonctionner comme médecin SMR. S'agissant de la requête tendant à ce que l'OAI prenne en charge les frais d'une expertise privée confiée au Dr H. _____, celle-ci devait être rejetée ; le dossier de l'assurée était complet sur le plan médical. Dans des déterminations du 15 juillet 2021, la recourante a réitéré ses griefs à l'encontre de la Dre W. _____ et de l'insuffisance de l'instruction menée par le SMR. Le 23 septembre 2021, la recourante a fait valoir que la Dre W. _____ ne pouvait pas se prononcer de manière fiable sur les atteintes cardiaques, ce d'autant qu'elle ne l'avait pas examinée personnellement. Le 12 octobre 2021, en complément à ses précédentes déterminations, l'OAI a précisé qu'une autorisation de pratiquer sur le territoire suisse n'était pas requise pour les médecins SMR selon la Convention de collaboration conclue entre l'Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud et le Service de la Santé publique du Canton de Vaud. Le 25 août 2022, le conseil de l'assurée a produit la liste de ses opérations et précisé que celle-ci renonçait à la tenue d'une audience de débats publics.

- 13 - 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, compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 60 et 38 al. 4 let. c LPGA), 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. a) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par

application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si la partie recourante ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (TF 9C_175/2021 du 7 septembre 2021 consid. 3.2 ; ATF 135 V 141 consid. 1.4.4 ; 125 V 413 consid. 2d). b) Le présent litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 31 mai 2020. Le pouvoir

- 14 - d'examen de la Cour de céans s'étend également à la période depuis le début du droit à la rente, puisque la décision attaquée porte sur l'octroi d'une rente limitée dans le temps et simultanément sur sa suppression. c) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 10 décembre 2020 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1). 3. a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au

E. 31

décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). b) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait

- 15 - valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI). c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d). d) La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité, où elle représente la diminution

permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré (art. 7 et 8 LPGA). C'est le principe d'uniformité de la notion d'invalidité, lequel règle la coordination de l'évaluation de l'invalidité en droit des assurances sociales. Des divergences ne sont toutefois pas à exclure d'emblée. S'ils ne peuvent pas ignorer purement et simplement l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé un autre assureur social dans une décision entrée en force, ils doivent s'en écarter s'ils ont des motifs pertinents de le faire. Cela ne sera en principe qu'exceptionnellement le cas. L'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.2.1, 126 V 288 consid. 2a et 2d). Il faut en outre tenir compte du fait que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la

- 16 - santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4, 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2). 4. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et

- 17 - bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, 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 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019

du 19 mai 2020 consid. 5.1). d) Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées). e) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à

- 18 - prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). 5. La recourante conteste la valeur probante de l'appréciation du SMR sur laquelle l'OAI a fondé sa décision. a) La recourante soutient que les avis SMR émanant de la Dre W._____ ne sont pas probants aux motifs que cette dernière n'est pas spécialiste FMH et ne dispose pas d'une autorisation de pratiquer sur le territoire suisse. Selon l'assurée, l'appréciation de la Dre W._____ ne pouvait pas non plus être suivie en l'absence de tout examen clinique de sa part. En application de l'art. 59 al. 2bis LAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), l'OAI peut confier au SMR l'appréciation des conditions médicales du droit aux prestations. Le rôle du SMR est ainsi d'évaluer ces conditions médicales, en opérant la synthèse de tous les documents médicaux versés au dossier et en prodiguant des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il se distingue ainsi d'une expertise (44 LPGA), en tant qu'il ne contient aucune observation clinique, et d'un examen médical au sens de l'art. 49 al. 2 RAI (cf. consid. 4d ci-dessus). Dès lors, la recourante ne saurait reprocher à la Dre W._____ de ne pas avoir procédé à un examen clinique. Au demeurant, la force probante d'un rapport médical ne dépend pas du titre de spécialiste du médecin qui l'a rédigé (cf. consid 4b ci-dessus). En conséquence, les griefs de la recourante au sujet de l'absence de titre FMH de la Dre W._____ ne sont pas pertinents, ce d'autant que les compétences dévolues au SMR consistent précisément à évaluer l'intégralité du dossier, cas échéant à comparer deux situations et à juger l'apparition de nouveaux éléments (TF 9C_639/2018 du 3 décembre 2018 consid. 4.1 ; 9C_933/2012 du 16 avril 2013 consid. 4.2). On observera encore qu'alors que la recourante critique le manque de qualifications de la Dre W._____, elle justifie ses arguments sur la base des rapports de son médecin traitant, le Dr B._____, dont le diplôme de médecin

- 19 - praticien, obtenu en France en 1999 a été reconnu en Suisse en 2011, tout comme la Dre W._____ dont le diplôme français de médecin praticien obtenu en 2001 a été reconnu en Suisse en 2019 selon le Registre des professions médicales. De ce fait, les compétences professionnelles de la Dre W._____ ont été reconnues en Suisse, et conformément à la jurisprudence, le seul fait que cette médecin ait effectué son cursus à

l'étranger n'affecte pas la valeur probante de ses avis (cf. sur ce point TF 8C_606/2016 du 13 décembre 2016 consid. 4.3 et les références citées). Enfin, l'OAI expose qu'en vertu de la Convention de collaboration conclue entre l'Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud et le Service de la Santé publique du Canton de Vaud, une autorisation de pratiquer en Suisse n'est pas une condition d'exercice au sein du SMR. Quoiqu'il en soit, l'absence de tout examen clinique réalisé par la Dre W. _____ et au vu des fonctions d'un médecin du SMR, une telle autorisation ne s'avère pas nécessaire (CASSO AI 148/20 – 30/2023 du 23 janvier 2023). Les griefs de la recourante, infondés, sont donc écartés. b) La recourante reproche encore au SMR d'avoir suivi les appréciations des médecins d'arrondissement de la CNA, plus particulièrement celle du Dr V. _____ qui serait trop succincte et retiendrait des autolimitations. Elle soutient encore qu'en se limitant à l'appréciation des médecins de la CNA, le SMR n'a pas réalisé une instruction complète de la situation et qu'il n'a pas pris en compte toutes les pathologies dont elle souffre et les comorbidités qu'elle présente, contrairement au Dr B. _____ dont l'analyse doit être préférée. aa) Le fait pour l'OAI de se fonder essentiellement sur les éléments médicaux rassemblés par la CNA n'est pas critiquable en soi. La seule exigence en matière d'instruction est que l'autorité concernée dispose d'un dossier suffisamment complet pour statuer en pleine connaissance de cause sur le droit à ses prestations. En l'occurrence, les questions à élucider par l'intimé ont trait à la capacité résiduelle de travail de la recourante dans une activité adaptée, ainsi qu'à sa capacité de gain. L'instruction conduite par la CNA visant à établir les mêmes éléments, l'OAI était sur le principe, compte tenu de l'uniformité de la notion

- 20 - d'invalidité, fondé à se baser sur les éléments médicaux rassemblés par l'assureur-accidents. Cela étant, avant de statuer sur les droits de l'assurée aux prestations de l'assurance-invalidité, l'intimé a bel et bien pris en compte tous les avis médicaux concernant l'ensemble des pathologies qu'elle présente. bb) Sur le plan cardiologique, l'assurée souffre de tachycardie atriale paroxystique depuis 2014, pour laquelle elle est suivie par un cardiologue. Le Dr B. _____ n'a pas considéré cette pathologie comme étant incapacitante, ne faisant état que de dyspnée et de déconditionnement. La recourante a consulté en urgence le Dr S. _____ en novembre 2018, à l'occasion d'une crise de tachysystolie auriculaire. Lors de cette consultation, le cardiologue a réalisé une échographie cardiaque qui a mis en évidence une insuffisance mitrale modérée. Dans un bilan cardiologique complémentaire réalisé en juin 2019, il a conclu à un dysfonctionnement diastolique de grade III et à un fonctionnement systolique cardiaque conservé. Le Dr S. _____ ne s'est pas déterminé sur l'effet de ces pathologies cardiaques sur la capacité de travail. On observera que, le 19 septembre 2019, le Dr B. _____ a précisé à cet égard que la tachycardie était bien stabilisée sous traitement. Dans son rapport du 9 février 2021, le Dr S. _____ a à nouveau indiqué que l'assurée souffrait toujours de tachycardie supra-ventriculaire et de cardiopathie valvulaire hypertensive à fraction d'éjection du ventricule gauche conservée, avec une dysfonction diastolique de grade I à II. On précisera que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative ; ce rapport étant postérieur à la décision entreprise, il n'entre donc pas dans l'état de fait déterminant que la Cour de céans doit apprécier (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b, et réf. cit.). Quoiqu'il en soit, le Dr S. _____ a fait état des mêmes pathologies qu'auparavant, constatant en outre une amélioration de la dysfonction diastolique. Il a ajouté qu'en tenant compte de tous les

éléments de handicap physique et psychique, l'incapacité de

- 21 - travail était totale. Or, n'étant pas spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le Dr S. _____ ne peut valablement pas se prononcer sur l'effet d'une éventuelle atteinte psychiatrique sur la capacité de travail de l'assurée. On observera au demeurant que l'assurée n'est pas connue pour souffrir de troubles psychiques. Sur le plan somatique, le Dr S. _____ évoque tout au plus une insuffisance cardiaque de type diastolique, alors que cette fonction s'est améliorée depuis son dernier rapport, et des comorbidités telles que l'obésité et l'hypertension – laquelle est traitée à satisfaction (cf. rapport 10 octobre 2020 du Dr B. _____ produit à l'appui de la demande d'allocation pour impotent). On rappellera ainsi que dans le domaine de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic, mais bien l'effet de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est pertinent (TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références citées). Force est de constater que le Dr S. _____ n'a pas étayé son appréciation selon laquelle les pathologies cardiaques auraient un effet sur la capacité de travail de l'assurée, à tout le moins dans une activité adaptée. cc) Sur le plan ostéoarticulaire, la recourante a été auscultée par plusieurs spécialistes. Elle conteste, à ce stade, la valeur probante de l'appréciation du Dr V. _____ de la CNA, au motif qu'elle serait trop succincte et serait valablement remise en cause par les rapports établis le 19 septembre 2019 et le 8 juin 2020 par le Dr B. _____. La recourante ne saurait toutefois être suivie. On observera, à titre liminaire, que l'assurée n'a pas interjeté de recours contre la décision sur opposition rendue le 1er octobre 2020 par la CNA, alors que celle-ci se fondait précisément sur l'appréciation du Dr V. _____ dont elle remet désormais en cause la valeur probante. Le Dr V. _____ puis la Dre N. _____ (appréciation chirurgicale du 30 septembre 2020) ont tous deux écarté de manière motivée les rapports des 19 septembre 2019 et 8 juin 2020 du Dr B. _____. Compte tenu du principe d'uniformité de la notion d'invalidité rappelé ci-dessus, l'OAI pouvait se baser sur les éléments médicaux, au demeurant non contestés, rassemblés par la CNA sur le plan

- 22 - orthopédique. Cela étant, les appréciations des médecins d'arrondissement sont corroborées par les autres éléments au dossier. A la suite d'une chute le 4 août 2018, l'assurée a subi une importante tuméfaction et entorse du LLI du genou gauche. Les examens radiologiques réalisés à cette occasion ont révélé une ancienne rupture complète du LCA. L'assurée a à nouveau chuté le 15 avril 2019 et a subi une contusion du genou droit, sans lésion osseuse ni ligamentuse (cf. rapport du 16 mai 2019 du Dr B. _____. Une IRM réalisée au cours du séjour à la Clinique D. _____ a mis en évidence des rapports articulaires conservés et l'absence de signe d'arthrose au niveau des deux genoux. En outre, la recourante souffre de gonalgies bilatérales, de coxarthrose gauche et d'arthrose du pied gauche. Elle a été examinée par plusieurs spécialistes, à savoir les médecins de la Clinique D. _____, le Dr X. _____ et le Dr V. _____. Chacun a procédé à des examens, établi une anamnèse détaillée et listé les plaintes de l'assurée. Sur la base de l'ensemble de ces éléments, tous ont formulé des conclusions claires et motivées. Ils ont ainsi constaté deux genoux calmes avec une mobilité conservée en extension et flexion, sans épanchement significatif. Les médecins de la Clinique D. _____ ont par ailleurs demandé un avis spécialisé au Dr X. _____, lequel a écarté toute indication chirurgicale et considéré que la coxarthrose était asymptomatique et sans influence sur les pathologies affectant les genoux. L'appréciation des spécialistes apparaît donc probante. Elle est au demeurant plus détaillée et motivée que les rapports du Dr B. _____, lesquels mettent au

premier plan les plaintes douloureuses de l'assurée. En outre, tant le Dr V. _____ que les médecins de la Clinique D. _____ ont retenu des autolimitations chez l'assurée. Les médecins de la Clinique D. _____ ont relevé que l'ensemble de la symptomatologie douloureuse n'était pas expliqué par la clinique et que des facteurs contextuels étaient présents. Ils ont mis en évidence une perception du handicap fonctionnel majeur, un catastrophisme et une kinésiophobie élevée. Le Dr V. _____, lors de son examen du 26 février 2020, a rapporté que l'assurée avait refusé de marcher sur les talons, sur la pointe

- 23 - des pieds ou de s'accroupir, ou de rester en station monopodale. Le Dr B. _____ a quant à lui pris en compte ces facteurs contextuels, lesquels ne sont pourtant pas du ressort de l'OAI. Dans cette mesure, son appréciation ne saurait être suivie. Enfin, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr B. _____ rejoignent celles retenues par les autres praticiens sur le plan ostéoarticulaire, comme l'a relevé la Dre N. _____ dans son appréciation chirurgicale du 30 septembre 2020, de sorte que les appréciations de l'ensemble des médecins se rejoignent en réalité. En effet, la Dre N. _____ s'était ralliée aux limitations fonctionnelles retenues par le Dr B. _____, en tant qu'elles étaient en lien avec les accidents subis aux deux genoux. Il s'agissait de l'alternance des positions et la marche en terrain accidenté ou la montée d'escaliers. Les autres limitations fonctionnelles retenues par le Dr B. _____, à savoir une impossibilité totale de port de charges ou d'effort physique en lien avec un déconditionnement musculaire, sont plus fondées sur les plaintes de l'assurée que sur les constatations objectives du médecin qui ne figurent d'ailleurs pas dans son rapport. Cela étant, ces limitations n'apparaissent pas incompatibles avec un poste semi-sédentaire dans le domaine de la production et des services, tel que le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production (calcul du salaire exigible du 9 avril 2020). dd) Il y a donc lieu de reconnaître une pleine valeur probante aux appréciations des médecins du SMR, notamment fondées sur celles – également probantes – des médecins de la CNA, au contraire des rapports des médecins traitants de l'assurée. c) L'OAI pouvait ainsi retenir que l'intéressée est capable de travailler à plein temps dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'appréciation contraire du Dr B. _____ ne saurait être suivie à cet égard. Dans son rapport du 28 mars 2019, le Dr B. _____ avait en effet préconisé la reprise d'une activité d'abord à 60 % dès le 1er avril 2019, à augmenter progressivement. Par la suite, il a attesté une

- 24 - capacité de travail de 40 %, toujours dès le 1er avril 2019, dans son rapport du 19 septembre 2019. Dans son rapport du 8 juin 2020, il a finalement attesté une capacité de travail de 60 % avec un rendement de 50 %. Or, depuis sa première appréciation, le Dr B. _____ n'a fait état d'aucun élément susceptible de justifier une réduction de la capacité de travail initialement évaluée à 60 %, la chute survenue le 15 avril 2019 qui n'a occasionné qu'une légère contusion s'avère à cet égard insuffisante. Force est donc de constater qu'aucun élément objectif ou clinique ne vient objectiver l'appréciation de la capacité de travail du Dr B. _____ dans ses derniers rapports. Rien ne justifie de s'éloigner de l'appréciation des médecins d'assurance. 6. a) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). b) Comme le revenu sans invalidité, le

revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

- 25 - Lorsque la personne assurée 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, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1). La personne assurée 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'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). 7. La recourante fait grief à l'OAI d'avoir retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée pour déterminer le revenu avec invalidité. La question de la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée a été analysée ci-dessus (cf. consid. 5c), de sorte qu'à ce stade, c'est bien en tenant compte d'une pleine capacité de travail que le revenu d'invalidité doit être arrêté. La recourante ne remet au demeurant pas en question le recours aux données statistiques issues de l'ESS, mais uniquement le taux de l'abattement retenu. L'intimé a retenu un abattement de 10 % sur l'ESS pour tenir compte de l'âge et des années de service de l'assurée auprès de son dernier employeur. Un tel abattement apparaît adéquat dans le cadre de l'appréciation globale de la situation personnelle de la recourante. L'assurée était en effet âgée de 56 ans lorsque l'OAI a rendu la décision litigieuse. Elle avait en outre été au service du même employeur durant près de 18 ans, avant d'être licenciée à la fin de l'année 2017. Il s'agit donc de deux facteurs susceptibles d'avoir une influence sur la capacité salariale de l'assurée. Les limitations fonctionnelles sont en revanche suffisamment prises en compte dans l'évaluation de la capacité de travail

- 26 - dans une activité adaptée ; il s'agit en effet de limitations typiques en présence de pathologies des genoux et ont uniquement trait à ce registre d'atteintes. De surcroît, le salaire statistique de l'ESS est suffisamment représentatif de ce que l'assurée serait en mesure de réaliser en tant qu'invalidité dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes. Vu ce qui précède, le calcul du degré d'invalidité réalisé par l'OAI peut être confirmé. 8. a) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures

d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital). b) Il arrive que l'octroi préalable de mesures de réadaptation constitue une condition sine qua non, d'un point de vue professionnel, à la valorisation économique de la capacité de travail (TF 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7). Lorsque le droit à la rente d'une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins est réduit ou supprimé par révision (art. 17 al. 1 LPGA), reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), ou dans le cadre d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps (ATF 145 V 209 consid. 5), la jurisprudence considère que cette personne appartient à la catégorie d'assurés dont il convient de présumer qu'ils ne peuvent en principe pas entreprendre de leur propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'eux pour tirer profit de leur capacité résiduelle de travail (TF 9C_407/2021 du 17 mai 2022 consid. 6.2). Par

- 27 - consécutif, dans ces situations, l'examen et l'exécution des éventuelles mesures constituent une condition de la suppression (ou réduction) de la rente, cette dernière ne pouvant prendre effet antérieurement (TF 8C_582/2017 du 22 mars 2018 consid. 6.4 et les références citées). Selon la jurisprudence, en l'absence d'aptitude subjective à la réadaptation, c'est-à-dire lorsque la volonté de se réadapter n'existe pas pour des raisons étrangères à l'invalidité, la rente peut être réduite ou supprimée sans examen préalable de mesures de réinsertion (TF 8C_19/2016 du 4 avril 2016 consid. 5.2.3, in SVR 2016 IV n° 27 p. 80 ; 9C_442/2017 du 8 juin 2018 consid. 3.2.3 et les nombreuses références). L'absence de volonté de réadaptation ou d'aptitude subjective à la réadaptation ne doit être présumée que si elle est établie au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 138 V 218 consid. 6 et les références ; TF 9C_368/2012 du 28 décembre 2012 consid. 3.1). 9. La recourante sollicite, à titre subsidiaire, l'octroi de mesures professionnelles, se prévalant du fait qu'en raison de son âge, une réadaptation par elle-même ne pouvait être exigée. La recourante perd de vue qu'elle a refusé la mesure d'intervention précoce proposée, incluant notamment un stage pratique, le 14 mai 2019. Elle s'est alors prévaluée du fait qu'elle ne pouvait pas se déplacer en raison de son genou et qu'elle avait des problèmes de cœur qui la limitaient. Elle était toutefois objectivement apte à suivre ces mesures (cf. notamment le rapport du 28 mars 2019 du Dr B. _____). Ces mêmes affections ne l'ont d'ailleurs pas empêchée de partir en vacances pendant trois semaines, selon un certificat établi par le Dr B. _____ en juillet 2019. L'assurée se considère donc comme totalement incapable de travailler, ne se voit pas exercer une activité lucrative et n'en a ni la volonté ni la motivation. A cet égard, le simple fait d'avoir conclu à l'octroi de mesures de réadaptation au sein de son recours ne saurait suffire à démontrer une motivation suffisante à obtenir de telles mesures.

- 28 - A défaut de toute aptitude subjective à la réadaptation, l'OAI pouvait supprimer la rente d'invalidité de la recourante sans procéder à l'examen des mesures de réinsertion. Au demeurant, la recourante a quitté la Suisse pour aller vivre en Bosnie-Herzégovine, ce qui empêche l'exécution de toute mesure de réadaptation. 10. La recourante a requis de la Cour de céans qu'elle statue sur la prise en charge des frais d'une expertise privée qu'elle entendait confier au Dr H. _____ et qui ne semble pas avoir été diligentée, ce qui rend la requête sans objet. Les pièces médicales au dossier permettent en outre à la Cour de céans de statuer, sans qu'il apparaisse nécessaire de mettre en œuvre une expertise à titre de nouveau moyen de preuve. Une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de

droit. La requête de la recourante en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). 11. a) Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. 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). 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).

- 29 - 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). En l'espèce, selon la liste des opérations communiquée le 30 août 2022, Me Duc a chiffré à 16 heures et

E. 35

minutes le temps consacré au dossier de la recourante, soit 11 heures et 15 minutes au tarif d'avocat et 5 heures et 20 minutes au tarif d'avocat- stagiaire. La liste des opérations fait état d'envoi de cartes de compliment au client comptabilisé 5 minutes chacune. Or, le temps pour la rédaction de mémos ou d'avis de transmission ne peut être pris en compte à titre d'activité déployée par l'avocat, s'agissant de pur travail de secrétariat (CREC 11 août 2017/294 ; CREC 3 août 2016/301). Il y a donc lieu de retrancher ces opérations, à hauteur de 30 minutes au tarif d'avocat et 30 minutes au tarif d'avocat stagiaire. Enfin, on observera que le temps consacré aux écritures, chiffré à 4 heures et 55 minutes pour le recours, 2 heures et 45 minutes pour la réplique, 2 heures et 55 minutes pour les déterminations du 9 juin 2021, 1 heure pour les déterminations du 15 juillet 2021 et 20 minutes pour celles du 23 septembre 2021 heures, soit un total de 11 heures et 55 minutes pour les écritures, apparaît excessif, au vu du caractère redondant des arguments soulevés. Il apparaît ainsi adéquat de ramener à 10 heures les opérations liées aux écritures. Les opérations réalisées par Me Duc s'élèvent donc à 10 heures et 15 minutes, tandis que celles réalisées par son avocat-stagiaire s'élèvent à 3 heures et 25 minutes. Ces opérations seront indemnisées à hauteur de 1'845 fr. et 375 fr. 85 ($[10h15 \times 180] + [3h25 \times 110]$). Il convient encore d'appliquer le forfait de 5 % du défraiement hors taxe, soit 111 fr. 05 ($[10h15 \times 180] + [3h25 \times 110] \times 5\%$) (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Au final, l'indemnité de Me Duc est arrêtée à 2'511 fr. 45 ($1'845 + 375,85 + 111,05 + [2'331,90 \times 7.7\%]$), débours et TVA compris.

- 30 - La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de 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). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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