

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 mai 2011

---

Présidence de M. DIND  
Juges : Mme Moyard et M. Perdrix, assesseurs  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.** \_\_\_\_\_, à Renens, recourante, représentée par Me Diego Bischof, avocat  
à Lausanne,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD**, à  
Vevey, intimé.

---

**Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 44 LPGA; 4 al. 1 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** S.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née en 1958, ressortissante tunisienne en Suisse depuis 1990, divorcée, mère d'un enfant aujourd'hui majeur, sans formation professionnelle, a présenté le 9 septembre 2002 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations de cette assurance, tendant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession. Elle indiquait souffrir d'une infection, ainsi que d'une arthrose au genou droit et au dos.

Le 10 octobre 2002, l'assurée a indiqué sur formule ad hoc qu'en bonne santé, elle souhaiterait pouvoir travailler à 100% dans une activité de boulangère-pâtissière.

Selon le questionnaire pour l'employeur complété le 15 octobre 2002 par R.\_\_\_\_\_ SA, l'assurée avait travaillé au service de cette société en tant qu'employée de production (aide-boulangère) du 12 novembre 1996 au 30 septembre 2002 au taux de 100%, soit 8,12 heures par jour, 5 jours par semaine. Le salaire mensuel de l'assurée était de 4'060 fr. dès le 1<sup>er</sup> janvier 2002 et il était précisé que le contrat de travail avait été résilié par l'employeur. L'assurée était au bénéfice d'indemnités journalières versées à 100% depuis le 4 février 2002 par l'assurance-maladie collective perte de gain de l'employeur.

Dans un rapport médical du 21 octobre 2002 destiné à l'OAI, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et ancien médecin traitant, a posé les diagnostics affectant la capacité de travail d'arthrose débutante aux deux genoux, ainsi que des douleurs articulaires généralisées. Il suspectait une fibromyalgie qu'il n'a toutefois pas confirmée. Il a indiqué ne pas avoir revu l'assurée depuis le 24 avril 2001 et estimait que l'activité antérieure était toujours exigible sans diminution de rendement. Etais joint un rapport médical du 31 mai 2001 de la Dresse D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, dans lequel cette praticienne a écarté l'existence d'une fibromyalgie; elle a en revanche noté une douleur

constante sur le segment dorsal moyen, concluant à des douleurs d'origine mécanique.

Le 5 novembre 2002, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a adressé à l'OAI un rapport médical dans lequel il a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de gonarthrose droite post-infectieuse à prédominance fémoro-patellaire. Il considérait que l'activité d'aide-boulangère n'était plus exigible. L'évolution de l'état de santé de l'assurée étant selon lui très lentement favorable après une plastie rotulienne effectuée le 6 mars 2002, il préconisait une reconversion vers une activité légère manuelle, avec alternance des positions assise et debout. Il indiquait toutefois que l'évolution était compliquée par des douleurs globales du rachis et une perte de son emploi. Le Dr H.\_\_\_\_\_ précisait dans un complément du 5 décembre 2002 à son rapport que le taux que l'on pourrait attendre dans une activité principalement en position debout mais sans port de charges excédant 5 kilos était de 50% au maximum en raison de la nature grave et irréversible de l'atteinte.

Le 8 avril 2003, l'assurance perte de gain a fait parvenir à l'OAI une copie de l'expertise médicale réalisée à sa demande par le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, le 28 mars 2003.

Dans son rapport du 2 avril 2003, l'expert a retenu les diagnostics suivants:

- Gonarthrose droite tricompartmentale très avancée
  - o Status après probable arthrite septique du genou droit en 1966
- Lombalgies et dorsalgies communes mécaniques
  - o Discopathies débutantes L4-L5 et L5-S1 avec légère spondylarthrose L4-L5 et L5-S1
- Status après hystérectomie
- Allergie à l'acide méfénamique

Sous la rubrique "appréciation du cas et pronostic", il a considéré ce qui suit:

"Nous sommes confronté à une assurée d'origine tunisienne qui présente une atteinte à la santé qui a conduit à un arrêt de travail définitif complet à partir du 4 février 2002. Cette assurée oeuvrait comme ouvrière au sein de l'entreprise R. \_\_\_\_\_ SA dans le domaine de la confection de produit de pâtisserie. Dans cette activité, elle devait faire la manutention de lourdes charges souvent en porte-à-faux du rachis lombaire, effectuer des travaux en position statique debout et parfois assise. Compte tenu de gonalgies droites progressivement invalidantes et de lombalgies mécaniques également d'intensité croissante elle a dû être mise en arrêt de travail complet à partir de février 2002. Actuellement, compte tenu des constatations cliniques et radiologiques, je retiens un diagnostic de gonarthrose droite tricompartmentale sévère qui est probablement consécutive à un état après arthrite septique droite en 1966. Actuellement, l'examen clinique montre une importante limitation fonctionnelle du genou droit en flexion et en extension avec la présence d'un épanchement intra-articulaire, une déformation en valgus et enfin, une importante amyotrophie des muscles de la cuisse et du mollet droit qui attestent l'évolution chronique qui a entraîné cette atteinte de la trophicité musculaire. Le bilan radiologique et l'IRM ont confirmé la présence d'une gonarthrose tricompartmentale sévère qui n'a pas répondu à un traitement palliatif sous forme d'une résection d'un aileron rotulien et qui nécessiterait probablement dans un avenir relativement proche la pose d'une PTG (prothèse totale) droite. En outre, cette assurée présente des lombalgies mécaniques actuellement sans radiculalgies, associées à des dorsalgies intermittentes qui sont d'étiologie aspécifique sur la base du bilan radiologique qui a été fait durant l'expertise. Ce bilan radiologique a montré de légers troubles dégénératifs au niveau L4-L5 et L5-S1. L'examen clinique a aussi mis en évidence un syndrome lombo-vertébral L4-L5 et L4-S1 qui est actuellement pris en charge par le Dr V. \_\_\_\_\_ à la Clinique G. \_\_\_\_\_ à Lausanne. Dans ces conditions au vu des constatations objectives tant de l'examen clinique que du bilan radiologique j'estime que l'on peut cautionner l'incapacité complète de l'assurée. Elle a donc une capacité de travail actuellement nulle comme ouvrière en boulangerie.

## **6.- REPONSES A VOS QUESTIONS**

### **• Avez-vous des remarques à formuler concernant les investigations, le traitement et le pronostic de l'affection actuelle?**

Actuellement, concernant les investigations et le traitement, je n'ai rien à signaler, elle est suivie par un rhumatologue FMH qui se charge de traiter adéquatement la problématique des lombalgies ainsi que de ses gonalgies droites qui actuellement ne répondent que de façon médiocre à la physiothérapie ainsi qu'à des infiltrations de corticostéroïdes. Il va sans dire que seule la pose d'une PTG à droite pourrait soulager l'assurée, mais cette intervention a semblé-t-il été différée compte tenu du jeune âge de l'assurée et de la courte durée de vie du matériel prothétique. Le pronostic fonctionnel est dès lors réservé compte tenu de la longue évolution des

symptômes et de l'atteinte arthrosique avancée de son genou droit. En effet, le pronostic fonctionnel et professionnel dépend essentiellement de son atteinte au genou droit.

• **Capacité de travail dans un emploi adapté à son état de santé, avec éventuelles limitations fonctionnelles?**

Dans le monde du travail, il me semble difficile d'envisager une reprise d'une activité professionnelle quelconque actuellement, principalement compte tenu de cette atteinte au niveau du genou droit qui a entraîné une importante amyotrophie du membre inférieur, avec une limitation de la mobilité et au vu d'une assurée qui ne tolère pas la position debout ou assise prolongée ni la marche surtout en descente dans les escaliers. En outre, l'assurée souffre d'une atteinte rachidienne actuellement active, bien que non spécifique qui nécessite un traitement intensif de physiothérapie et d'acupuncture associé à un traitement régulateur de seuil de la douleur de tricycliques. Dans ces conditions, l'assurée ne serait en mesure de travailler uniquement en décubitus dorsal, dès lors il serait difficile de lui trouver une activité qui pourrait être faite dans cette position.

• **Une comorbidité psychiatrique associée faible, moyenne ou grave est-elle sous-jacente?**

Actuellement sur la base de l'interrogatoire et de l'examen clinique (bien qu'elle ait versé quelques larmes lorsqu'elle a évoqué son licenciement) je n'ai pas d'éléments qui me feraient suspecter l'existence d'une comorbidité psychiatrique.

• **Pronostic à plus ou moins brève échéance?**

Comme mentionné précédemment le pronostic semble réservé compte tenu de la sévérité de sa gonarthrose droite.

• **Remarque personnelle?** Aucune"

D'une note d'entretien avec l'assurée ou à son sujet du 25 mars 2004, il ressort que l'assurance perte de gain a mis fin au service des indemnités journalières le 10 novembre 2003, l'assurée recevant depuis lors un soutien financier de la part des services sociaux.

Dans un rapport médical du 14 avril 2004 adressé à l'OAI, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, a posé les diagnostics suivants ayant des répercussions sur la capacité de travail:

- Gonarthrose droite tricompartmentale avancée
- Dorso-lombalgies chroniques sur:
  - o Troubles statiques et posturaux
  - o Protrusion para-médiane gauche L3-L4
  - o Arthropathies postérieures L4-S1

- Troubles anxigènes sèvères

Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu un status après hystérectomie et une allergie à l'acide méfénamique. Il a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'aggravait au niveau de la problématique du genou droit, avec répercussions fonctionnelles au niveau de l'axe vertébral. Selon lui, l'activité précédente n'était plus exigible car les positions statiques et dynamiques étaient fortement compromises si bien que l'on ne pouvait prétendre imposer une activité en tant qu'ouvrière. Aucune autre activité n'était exigible car l'assurée présentait un handicap intriqué en rapport avec la gonarthrose droite et la souffrance de l'axe vertébral. Il ajoutait qu'une réinsertion professionnelle dans une activité intellectuelle ne rentrait pas en ligne de compte dans le cas présent. Sous la rubrique "thérapie/pronostic", le Dr V. \_\_\_\_\_ s'est exprimé en ces termes:

"Actuellement, nous sommes confrontés à un syndrome douloureux intriqué. La souffrance du genou conduit à des répercussions, qui se font actuellement sentir du côté controlatéral de par la sursollicitation de ce membre lors de la déambulation d'une part et d'autre part sur l'axe vertébral. La boiterie inhérente à cette pathologie conduit systématiquement à des blocages vertébraux, qui s'expliquent en grande partie par le déconditionnement physique et la propension à l'hypoextensibilité musculaire. Comme la situation au niveau de l'axe vertébral s'est avérée précaire, l'accent thérapeutique a été porté sur une thérapie manuelle tout d'abord, puis vu les échecs on a tenté des blocs sélectifs vertébraux. Ces tests n'ont permis d'incriminer clairement les éléments facettaires postérieurs comme partie responsable de l'ensemble des douleurs actuelles. De sorte qu'aucune thermocoagulation n'a été considérée. En ce qui concerne la souffrance du genou droit, pour le moment aucune sanction chirurgicale ne sera considérée, seule une arthroplastie en différé rentrera en ligne de compte, lorsque la situation sera décrite comme non tolérable".

Dans un rapport d'examen du 21 juillet 2004, le Dr T. \_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR), spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité d'aide-boulangère, mais qu'elle était en revanche de 50% dans un travail sédentaire ou semi-sédentaire dans lequel elle pourrait alterner la position assise avec la position debout, évitant de longues marches surtout à la

montée ou la descente des pentes ou des escaliers et excluant le port de charges excédant 5 kilos. Le Dr T. \_\_\_\_\_ a ajouté que la capacité de travail dans une activité adaptée pourrait être modifiée à la hausse en fonction de la symptomatologie vertébrale.

Dans un avis médical du 7 décembre 2004, le Dr T. \_\_\_\_\_ a considéré ce qui suit:

"J'ai revu le dossier de cette assurée et lu attentivement le rapport médical du 25.03.2004 [recte: 14 avril 2004, réd.] du Dr V. \_\_\_\_\_. Ce rapport n'apporte aucun élément nouveau. Toute la problématique somatique de cette assurée avait déjà été prise en compte lors de la rédaction du rapport d'examen SMR du 21.07.2004. Dans le rapport du Dr V. \_\_\_\_\_, il y a une contradiction sous la rubrique «diagnostic», il parle d'arthropathie postérieure L4-S1 et à la 4<sup>ème</sup> page il dit que les éléments facettaires postérieurs ne sont pas responsables des douleurs actuelles. Lorsque l'on analyse le problème somatique de cette assurée, on peut affirmer que sa capacité de travail comme aide-boulangère est nulle, par contre dans une activité adaptée, légère et semi-sédentaire dans lequel elle puisse alterner la position assise avec la position debout, sans port de charge, cette assurée doit pouvoir travailler à un taux d'au moins 50%. On ne parle pas d'une réinsertion professionnelle dans une activité intellectuelle, mais dans une activité légère tenant compte des limitations somatiques. L'affirmation du Dr V. \_\_\_\_\_ comme quoi cette assurée ne peut exercer aucune activité n'est pas, à mon avis, crédible".

Le 23 juin 2005, la division administrative de l'OAI a établi un rapport final où l'on peut lire ce qui suit:

"Nous avons rencontré Madame S. \_\_\_\_\_ à trois reprises à notre Office.

Lors du 1<sup>er</sup> entretien, en date du 21.10.2004, la capacité de travail résiduelle de l'intéressée n'était pas clairement définie et nous n'avions pas pu aller de l'avant dans les démarches de réadaptation professionnelle.

En date du 07.12.2004, le SMR s'est prononcé sur la capacité de travail de Madame S. \_\_\_\_\_ en lui reconnaissant une capacité de travail nulle en tant qu'aide boulangère mais une exigibilité de 50% dans une «activité adaptée, légère et semi-sédentaire dans laquelle elle puisse alterner la position assise avec la position debout, sans port de charge».

Au terme du second entretien qui a eu lieu le 24.02.2005, l'intéressée se déclarait d'accord avec les conclusions du SMR et souhaitait s'engager (avec notre soutien) dans des démarches de reclassement en vue de mettre en valeur la capacité de travail de

50% déterminée par le SMR. Son souhait était de tenter de décrocher une place de formation pour pouvoir exercer l'activité d'aide fleuriste, activité qui lui semblait adaptée à sa problématique et qui avait l'avantage de lui plaire vu les contacts avec la clientèle et le côté «artistique» de la profession.

Nous l'avons rencontrée une nouvelle fois le 8 avril dernier pour faire le point sur la situation et organiser la suite des démarches en vue d'un reclassement professionnel. Lors de ce dernier entretien, Madame S.\_\_\_\_\_ s'est montrée beaucoup plus réservée quant à sa capacité de travail résiduelle. Elle nous a déclaré s'être rendue compte qu'elle ne serait pas en mesure d'exercer une activité professionnelle quelle qu'elle soit à raison de 4 ou 5 heures par jour de manière régulière. Certains jours, elle n'arrive même pas à gérer la tenue de son appartement tant ses douleurs sont importantes. Il est clair pour elle que ces jours-là elle ne pourrait en aucun cas donner satisfaction à un employeur si elle devait occuper un poste de travail à 50%. Par conséquent, elle ne souhaite plus bénéficier de nos services et renonce à tenter de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le marché de l'emploi.

Notre assurée s'estimant incapable d'exercer une activité professionnelle à 50%, nous l'avons informée que son dossier serait traité de manière administrative sur la base de l'exigibilité médicale.

Il convient de procéder au bouclage du dossier par une approche théorique de la capacité de gain de notre assurée. [...]"

Par décision du 23 décembre 2005, l'OAI a octroyé une demi-rente ordinaire d'invalidité de 463 fr. à l'assurée, ainsi qu'une demi-rente pour enfant de 185 fr., basée sur un taux d'invalidité de 59% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006. L'OAI a retenu que sans atteinte à la santé, l'assurée aurait pu prétendre à un revenu annuel de 52'780 fr. dans son ancienne activité, alors qu'en se fondant sur les statistiques salariales, il a retenu un revenu d'invalidité de 47'788 fr. 20. Compte tenu de la capacité de travail exigible de 50% et après avoir retenu un abattement de 10% au vu des limitations fonctionnelles présentées, l'OAI a retenu un revenu annuel d'invalidité de 21'504 fr. 69. L'OAI a en outre indiqué ce qui suit: "Nous vous notifierons ultérieurement une nouvelle décision pour la période de novembre 2002 à décembre 2005".

L'intéressée a fait opposition à dite décision le 13 janvier 2006.

**B.** Par décision du 28 juillet 2006, l'OAI a accordé une demi-rente ordinaire d'invalidité à l'intéressée pour la période de novembre 2002 à décembre 2005 de 455 fr. (en 2003-2004) et de 463 fr. (en 2005-2006),

ainsi qu'une demi-rente pour enfant de 182 fr. et 185 fr. pour les mêmes périodes.

Par acte du 18 août 2006, S. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision, estimant que le montant de la rente allouée était insuffisant "compte tenu de [son] handicap ainsi que des difficultés qui en découlent". Elle a conclu en substance à l'augmentation de la rente.

Ce recours a été enregistré sous le numéro de cause AI 141/06.

Par décision du 20 octobre 2006, S. \_\_\_\_\_ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 6 octobre 2006.

Dans son mémoire complémentaire du 23 février 2007, la recourante, représentée par son conseil, a indiqué qu'une première décision avait été rendue le 23 décembre 2005 retenant un degré d'invalidité de 59% et exposant le mode de calcul du revenu moyen déterminant pour le calcul de la rente. Elle a conclu à la réforme de la deuxième décision du 28 juillet 2006 en ce sens qu'elle avait droit à une rente entière, que le revenu annuel moyen déterminant n'était pas inférieur à 51'409 fr. 40 et que la rente n'était pas inférieure à 952 fr. par mois pour elle-même.

L'OAI a fait valoir, dans sa réponse du 23 avril 2007, que la décision du 28 juillet 2006 complétait simplement la décision initiale du 23 décembre 2005 en statuant sur les prestations dues à titre rétroactif, que ces deux décisions procédaient du même acte décisionnel, à savoir la reconnaissance du droit à une rente depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2002 fondé sur un degré d'invalidité de 59%. L'OAI a ajouté que le recours devait être déclaré irrecevable, le dossier devant alors être transmis à l'OAI pour qu'il rende une décision sur opposition.

Les parties ont confirmé leurs conclusions respectives au cours du second échange d'écritures. L'intéressée a présenté une conclusion

supplémentaire par réplique du 19 juin 2007, tendant à la suspension de la cause jusqu'à ce que l'intimée rende une décision sur opposition. Par duplique du 23 juillet 2007, l'intimé a conclu au rejet des conclusions additionnelles.

Par jugement incident du 4 décembre 2007 (cause n° AI 538/07 inc. - 293/2007), le Tribunal des assurances a déclaré qu'en présence d'une décision susceptible de recours, l'acte déposé le 18 août 2006 n'était pas prématuré et devait donc être considéré comme recevable. Ce jugement est entré en force.

**C.** D'un avis juriste daté du 8 janvier 2008, il ressort que l'OAI s'emploie à statuer sur l'opposition à la décision du 23 décembre 2005 sans tenir compte de la procédure ouverte devant le Tribunal des assurances dès lors que cette autorité a considéré qu'il y avait deux décisions autonomes.

Dans un avis médical du 21 janvier 2008, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, a indiqué qu'en l'absence d'élément récent sur le status, il convenait de demander un examen rhumatologique au SMR.

Un examen clinique rhumatologique a été réalisé le 13 février 2008 par le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie. Dans son rapport du 14 février 2008, il a posé les diagnostics suivants ayant des répercussions sur la capacité de travail:

- Gonarthrose droite post-infectieuse tricompartmentale (M 17.5)
- Arthrose fémoro-rotulienne gauche (M 17.9)
- Rachialgies chroniques dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs étagés (M 54.9)

Le Dr P.\_\_\_\_\_ s'est exprimé en ces termes sous l'intitulé "appréciation du cas":

"Cette assurée, d'origine tunisienne, sans formation scolaire ni professionnelle particulière, mariée et divorcée à deux reprises, mère d'une fille, vivant en Suisse depuis 1995, présente depuis la fin des années 90 des douleurs ostéoarticulaires ayant intéressé tout d'abord la ceinture scapulaire et le rachis, au point que le médecin traitant d'alors, le Dr Z.\_\_\_\_\_, avait suspecté une fibromyalgie. Cette hypothèse diagnostique avait toutefois été récusée par la Dresse D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, ainsi qu'elle le confirme dans son courrier du 31.05.2001.

Au fil du temps, persistance et même augmentation des douleurs de la région cervico-scapulaire surtout D et des douleurs dorso-lombaires et apparition dès le début des années 2000 de douleurs croissantes dans le genou D, au niveau duquel sera mise en évidence une sévère arthrose tricompartmentale, probablement séquellaire à un problème septique dans l'enfance. C'est en raison des douleurs dans le genou D que le travail sera arrêté en février 2002. Une plastie rotulienne réalisée en mars 2002 améliorera la situation.

En mars 2003, l'assurée sera expertisée par le Dr F.\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH à Lausanne pour le compte de [...], intervenant comme assurance perte de gain de l'assurée. Le Dr F.\_\_\_\_\_ conclura à une gonarthrose D tricompartmentale très avancée, à des lombalgies et dorsalgies communes mécaniques et il conclura à l'incapacité de travail complète de l'assurée dans son activité d'aide-boulangère dans l'entreprise R.\_\_\_\_\_ SA, ce que personne d'ailleurs n'a contesté depuis lors. Le Dr F.\_\_\_\_\_ estimait aussi, compte tenu des atteintes rachidiennes qui se greffent sur l'atteinte au niveau du genou D, qu'il était difficile d'envisager que l'assurée reprenne une activité professionnelle quelconque. Comme cela a été mentionné dans le paragraphe liminaire, le Dr V.\_\_\_\_\_, actuel médecin traitant, estime l'assurée totalement et définitivement incapable de travailler dans quelque activité que ce soit, depuis février 2002.

Cliniquement, on trouve une assurée collaborante, certes émue lorsqu'elle évoque son licenciement d'un poste de travail qui la valorisait beaucoup et la précarité actuelle de sa situation financière, mais chez laquelle rien ne permet de conclure aux « troubles anxigènes sévères » qu'atteste le Dr V.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 14.04.2004.

L'examen général est sp. L'examen neurologique l'est également.

Au plan rachidien, l'examen met en évidence de discrets troubles de la statique vertébrale et une discrète limitation de mobilité du rachis, surtout au niveau cervical. La palpation du rachis révèle des tendomyoses para-dorsales et para-lombaires modestes, annoncées comme douloureuses dans la région lombaire basse mais il n'y a, à l'examen de ce jour du moins, rigoureusement aucune altération du plissé-roulé de la peau segmentaire qui évoquerait des dysfonctions inter-vertébrales.

L'examen ostéoarticulaire des MS est sp.

Aux MI, on est frappé par l'absence totale de boiterie que présente cette assurée et par le fait qu'elle est capable de s'accroupir rapidement, de manière complète avec des douleurs qu'elle signale comme modérées dans le genou D uniquement. Il existe en revanche une nette amyotrophie de tout le MID et une diminution de mobilité du genou D en flexion, surtout en décubitus ventral. Le genou G présente actuellement un épanchement modéré et des signes clairs de conflit fémoro-rotulien.

Les RX à disposition confirment une gonarthrose D tricompartmentale sévère. A G, les IRM successives confirment l'aggravation au fil du temps d'une atteinte prédominant au niveau fémoro-patellaire, d'allure dégénérative. Les RX standard du rachis cervical mettent en évidence des discopathies étagées qui se sont aggravées au fil du temps. En revanche, les RX au niveau dorsal et lombaire sont peu éloquentes; on relèvera notamment le fait que l'IRM lombaire (27.06.2003) ne relève aucune altération du signal des différents disques visualisés ni aucune lésion neuro-compressive significative. En revanche, il apparaît une nette hétérogénéité de la musculature érectrice du tronc dans la région lombaire basse, attestant la fragilité biomécanique du carrefour lombo-pelvien.

Au terme du présent examen, il apparaît clairement que cette assurée présente d'importantes atteintes à la santé centrées sur l'appareil locomoteur, touchant en premier lieu les genoux, surtout à D mais également le rachis. Comme cela a déjà été mentionné ci-dessus, malgré le caractère relativement diffus des plaintes, il n'y a pas d'argument conduisant à conclure à une fibromyalgie. Les atteintes recensées, qui n'ont été contestées par personne, entraînent des limitations fonctionnelles rigoureuses. Celles-ci seront énumérées ci-dessous; elles rejoignent exactement celles qu'avait retenues le Dr T. \_\_\_\_\_ dans son rapport d'examen SMR Léman du 21.07.2004.

La question est de savoir si une activité respectueuse des limitations fonctionnelles retenues est possible et exigible de cette assurée. Dans son expertise du 02.04.2003, le Dr F. \_\_\_\_\_ affirme qu'aucune reprise d'activité n'est possible pour cette assurée, ce qu'affirme également le Dr V. \_\_\_\_\_ dans son rapport déjà maintes fois cité du 14.02.2004. Dans son rapport du 05.11.2002, le Dr H. \_\_\_\_\_, qui avait opéré l'assurée de son genou D le 06.03.2002, estimait que la situation s'améliorait lentement et, précisément, qu'une autre activité est exigible de l'assurée.

Si l'on considère de manière objective et impartiale les atteintes à la santé de l'assurée, on peut affirmer que l'atteinte au niveau du genou D est sévère alors que l'atteinte au niveau du genou G est modérée. L'atteinte objective au niveau du rachis est modérée au niveau cervical, avec des lésions dégénératives banales pour l'âge et des plus modestes au niveau lombaire, où, malgré les affirmations du Dr F. \_\_\_\_\_, il n'y a pas de discopathie puisque l'IRM lombaire ne met en évidence aucune altération du signal des disques inter-vertébraux lombaires. En revanche, comme cela a été relevé plus haut, l'amyotrophie de la musculature érectrice du tronc lombaire basse permet de conclure à un certain degré de fragilité du rachis lombaire de cette assurée.

En conséquence de ce qui précède, il est possible d'affirmer que le genou D est l'articulation qui mérite le plus de considération mais il est également possible d'affirmer que toute activité qui épargne complètement les genoux et qui épargne également le rachis - dont l'atteinte objective est modeste - est possible et exigible, surtout à un taux limité à 50%.

**Les limitations fonctionnelles sont les suivantes:** pas de soulèvement ni de port de charges d'un poids > à 5 kg en raison de la fragilité du rachis et, surtout, en raison de l'atteinte des genoux qui ne permet pas d'appliquer une bonne ergonomie lombaire; nécessité de pouvoir alterner régulièrement, c'est-à-dire au moins 2 x par heure la position assise et la position debout, pas de travail imposant des genuflexions ni de déplacement en terrain accidenté ou imposant le franchissement d'escaliers ou d'escabeaux, pas de travail sollicitant les MS en force au-delà d'environ 100° de flexion et/ou d'abduction des épaules (de manière à soulager la ceinture scapulaire).

**Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?** Février 2002, d'après le rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ du 05.11.2002 et le rapport du Dr V. \_\_\_\_\_ du 14.04.2004.

**Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?** Depuis lors, l'assurée n'a plus effectué d'activité professionnelle. En revanche, si l'on tient compte de l'entier de la situation médicale ainsi qu'elle a été décrite avec le plus de précision possible ci-dessus, et si l'on tient compte du fait qu'en novembre 2002, le Dr H. \_\_\_\_\_ estimait que l'évolution était favorable, même s'il précise qu'elle est lentement favorable, on peut admettre qu'il était logique de suivre les conclusions de ce praticien qui estimait qu'une reconversion « vers une activité légère manuelle, avec alternance de position assise et debout, était possible et exigible ». On peut donc admettre, sur la base d'une analyse objective de l'entier de la situation, qu'au début de l'année 2003, soit 9 mois après la plastie rotulienne D, l'assurée était en mesure de reprendre une activité professionnelle extrêmement légère définie par les limitations fonctionnelles mentionnées ci-dessus à un taux de 50%.

**Concernant la capacité de travail exigible,** elle est limitée de manière durable par les importantes atteintes à la santé que présente cette assurée, qui ont été présentées ci-dessus. Il est évident qu'à moyen terme, la situation va se dégrader, notamment au niveau du genou D. Cette articulation-là est toutefois actuellement encore correctement fonctionnelle: une activité professionnelle très légère, respectueuse des limitations fonctionnelles énumérées ci-dessus est donc objectivement envisageable à 50%.

#### **CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE**

DANS L'ACTIVITE HABITUELLE: 0% DEPUIS: NOVEMBRE 2002  
DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE: 50% DEPUIS: DEBUT 2003"

Dans un avis médical du 27 février 2008, le Dr X. \_\_\_\_\_ a écrit ce qui suit:

"Cette assurée, d'origine tunisienne, 50 ans, sans formation, a eu dans l'enfance une infection au genou droit, qui a nécessité une opération (drainage ?) et a évolué par la suite en arthrose, sans toutefois la gêner beaucoup jusqu'en 2000 environ. Elle travaillait comme aide-boulangère chez R. \_\_\_\_\_ SA jusqu'à novembre 2002, où elle a été mise en arrêt de travail en raison de douleurs rachidiennes et du genou droit. Elle a été licenciée peu après et n'a jamais repris d'autre activité. Une demi-rente AI lui a été accordée le 31.08.2006, en retenant une CT exigible de 50% dans une activité légère adaptée; cette décision est contestée par l'assurée et le recours est admis par le TCA. Dans la mesure où il n'y avait au dossier aucun élément médical actualisé, un examen rhumatologique SMR a été demandé et effectué le 13.02.2008; il confirme totalement les conclusions du rapport d'examen SMR du 21.06.2004, en retenant une CT de 50% dans une activité adaptée depuis début 2003, avec comme limitations fonctionnelles pas de port de charges de plus de 5 kg, alternance des positions assise et debout au moins deux fois par heure, pas de genuflexions, pas de déplacement en terrain accidenté, pas de travail sollicitant en force les membres supérieurs en hauteur".

**D.** Le 21 avril 2008, l'OAI a rendu une décision sur opposition dans laquelle il a indiqué que les arguments développés dans l'opposition ne pouvaient être suivis, si bien que la décision attaquée du 23 décembre 2005 devait être entièrement confirmée.

Le 6 mai 2008, le conseil de l'assurée a relevé que sa demande d'une expertise neutre formulée dans son mémoire complémentaire du 23 février 2007 n'avait pas été prise en compte, de sorte qu'il a renouvelé sa requête.

Le 13 mai 2008, l'OAI a rejeté cette requête, considérant que la décision sur opposition reposait sur une instruction complète du cas.

**E.** Par acte du 22 mai 2008, S. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision sur opposition du 21 avril 2008, en concluant avec suite de frais et dépens à sa réforme en ce sens qu'un degré d'invalidité de 100% lui est reconnu et à ce que le revenu annuel moyen déterminant ne soit pas inférieur à 51'409 fr. 40, la rente qui lui est liée n'étant pas inférieure à 952 fr. par mois pour elle-même et à 381 fr. par mois pour sa fille. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. Elle fait valoir que, âgée

de moins de 45 ans à la survenue de l'invalidité, l'OAI aurait dû intégrer une augmentation du revenu annuel moyen calculé (47'788 fr. 20) de 5% en application de l'art. 33 RAI, applicable par renvoi de l'art. 36 LAI. En ajoutant les bonifications pour tâches éducatives auxquelles la recourante estime avoir droit, le revenu annuel s'élèverait à 51'409 fr. 40, d'où une augmentation des rentes mensuelles versées. Cela étant, la recourante critique le taux d'invalidité retenu dans la décision querellée. Elle estime que plusieurs éléments permettent de constater que le degré d'invalidité ne correspond pas à la réalité de son cas. S'appuyant sur les rapports médicaux des Drs F.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, établis respectivement les 2 avril 2003 et 14 avril 2004, la recourante soutient que son taux d'invalidité est de 100%, dès lors que ces deux médecins considèrent que plus aucune activité n'est exigible de sa part et que son état de santé tend plutôt à se détériorer. Elle reproche à l'OAI de s'être fondé uniquement sur des arguments médicaux propres à étayer sa position, écartant par là-même toute considération émanant d'organismes externes à ses structures. La recourante se plaint de ce que la décision attaquée n'explique pas en quoi ce serait les appréciations du rapport établi par le SMR plutôt que celles du Dr V.\_\_\_\_\_ qu'il conviendrait de retenir. Par voie de conséquence, la motivation de la décision attaquée lui apparaît insuffisante. Dans un autre moyen, la recourante expose que la décision querellée n'explique pas comment les activités soi disant nombreuses dans le domaine de la production et des services permettraient de répondre aux exigences posées dans le rapport du SMR du 14 février 2008, à condition toutefois d'en adopter les conclusions. Ainsi, contrairement à ce que soutient l'OAI, la recourante estime que l'on ne peut qu'admettre que l'éventail de postes répondant aux exigences qui y figure est faible, voire nul. Elle produit un lot de pièces dans lequel figure notamment un rapport du 11 janvier 2007 adressé au conseil de la recourante par le Dr V.\_\_\_\_\_. Ce rapport avait déjà été produit à l'appui du mémoire complémentaire du 23 février 2007. Le Dr V.\_\_\_\_\_ a pour l'essentiel retenu les diagnostics suivants: gonarthrose droite tri-compartmentale avancée, gonalgies gauches souffrance fémoro-patellaire gauche, lombosciatalgie chronique, dorsalgies récurrentes sur souffrance algodysfonctionnelle récidivantes et

cervico-scapulalgie. Il s'est exprimé comme suit sous l'intitulé "appréciation":

"Durant ces trois dernières années, nous assistons inexorablement à une détérioration fonctionnelle globale en rapport avec une boiterie du genou droit imposant un transfert de contraintes vers le membre inférieur gauche et déstabilisation axiale vertébrale. Si aucune sanction chirurgicale n'a été prévue au niveau du genou à droite vu l'âge de la patiente, force est de constater que les méfaits de cette gonarthrose sévère sont en train de se répercuter sur l'ensemble de l'équilibre vertébral. De façon récurrente nous avons des épisodes de lombosciatiques qui ont été traités conservativement, ayant requis ponctuellement à des techniques de l'ordre de l'antalgie instrumentale. Les difficultés de la prise en charge actuelle résident dans le fait que l'on se trouve confronté successivement à une souffrance intéressant le segment lombaire, médiodorsal ou le segment cervical inférieur. Ce dernier point a été plus difficilement abordé récemment, responsable de douleurs référées au niveau des versants externes des bras et des coudes. Les symptômes restent encore d'intensité modulable bien que fort invalidants.

Sur le plan chirurgical orthopédique, je ne pense pas que l'on envisage une sanction chirurgicale sur l'axe vertébral. Les traitements en médecine physique seront appliqués de manière ponctuelle, mais surtout il me semble judicieux d'envisager une adaptation des contraintes au quotidien. Actuellement, la situation reste critique alors que cette sollicitation s'avère encore modeste. Dans un contexte professionnel où les mouvements répétitifs seraient imposés avec des porte-à-faux et des déplacements, je ne pense pas que l'on puisse alors réellement prétendre stabiliser cette situation.

Ayant eu l'occasion de la suivre durant ces diverses décompensations, je ne pense pas qu'il soit sage de procéder à une éventuelle réinsertion professionnelle. L'handicap actuel est tel que les déplacements, les ports de charge, les positions statiques ou dynamiques s'avèrent mal tolérées. Par conséquent, il reste à mon avis une incapacité de travail à 100%".

La recourante conclut donc à la réforme de la décision attaquée, son handicap l'empêchant d'exercer toute activité professionnelle.

Par décision du 29 juillet 2008, S. \_\_\_\_\_ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 22 mai 2008.

Dans sa réponse du 6 octobre 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. A ses yeux, le rapport d'examen du SMR revêt une pleine valeur probante, dès lors qu'il satisfait

aux conditions jurisprudentielles en la matière. L'OAI soutient en outre que la recourante pourrait travailler dans le montage et assemblage de pièces légères, dans la surveillance d'un processus de production et dans le conditionnement léger.

A l'appui de sa réplique du 8 janvier 2009, la recourante produit une attestation établie par une pharmacie le 25 septembre 2008, faisant apparaître une prescription de Surmontil dispensée par le Dr P.\_\_\_\_\_ en 2000. Elle explique que, n'étant pas satisfaite des services de ce médecin, elle y a ultérieurement renoncé. Ainsi, l'existence d'une relation médicale entre le médecin de l'OAI et elle-même n'est pas garante d'impartialité, de sorte que, selon elle, le Dr P.\_\_\_\_\_ aurait dû se récuser. La recourante relève en outre que l'OAI n'expose pas en quoi le rapport du SMR serait mieux établi que celui du Dr F.\_\_\_\_\_, ajoutant qu'il paraît quelque peu imprécis dans la mesure où le Dr P.\_\_\_\_\_ conteste les troubles anxigènes relevés par le Dr V.\_\_\_\_\_, alors même que le taux d'invalidité retenu par ce dernier se fonde uniquement sur les difficultés physiques de la recourante. Au reste, celle-ci s'étonne que le Dr P.\_\_\_\_\_ aboutisse à des conclusions aussi rapides sur la base d'informations très limitées. Elle produit en outre un rapport IRM du 3 décembre 2008 qui montre que le genou droit est très atteint et un rapport du Service de médecine nucléaire de l'Hôpital K.\_\_\_\_\_ du 18 novembre 2008, attestant que des examens sont en cours en vue de la pose d'une prothèse au genou droit. En conséquence, la recourante confirme les conclusions prises dans son mémoire complémentaire du 23 février 2007 et dans son mémoire du 22 mai 2008, sollicitant derechef la mise en œuvre d'une expertise médicale impartiale pour évaluer son invalidité.

Dupliquant le 27 janvier 2009, l'OAI a renvoyé à la décision querellée, ainsi qu'à son écriture du 6 octobre 2008, qu'il a confirmé. Il a fait savoir que les arguments développés par la recourante n'étaient pas de nature à remettre en cause sa position, estimant au surplus que le dossier ne comportait pas de lacunes, si bien qu'il s'opposait à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale.

Dans des déterminations complémentaires du 17 juin 2009, la recourante a réitéré sa requête tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Elle a produit un rapport médical daté du 30 avril 2009 établi par le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale, dont les constatations, aux dires de la recourante, s'écartent dans une certaine mesure de celles effectuées par le Dr P.\_\_\_\_\_ en 2008. Ainsi, la recourante souligne que ce dernier n'a pas signalé une déficience pratiquement complète de la réponse du muscle transverse de l'abdomen lors de la mise en charge du tronc à une élévation ou d'une abduction des membres supérieurs. Par ailleurs, l'accroupissement décrit comme rapide par le Dr P.\_\_\_\_\_ est impossible selon le Dr M.\_\_\_\_\_. Ce médecin décrit en outre des éléments anxieux, voire dépressifs, et il importe selon la recourante de savoir s'ils existaient déjà au moment du dépôt de la demande de prestations AI afin de déterminer leurs conséquences sur l'évaluation de l'invalidité. Le Dr M.\_\_\_\_\_ n'exclut toutefois pas une amélioration théorique de la situation de la recourante avec un traitement bien conduit, amélioration qui pourrait selon lui demander plusieurs mois, voire un ou deux ans. Il confirme par ailleurs une capacité de travail de 50% dans une activité légère.

Le 16 juillet 2009, l'OAI a indiqué que les arguments développés par la recourante n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé de sa décision. D'un point de vue somatique, le Dr M.\_\_\_\_\_, tout en paraissant confirmer l'existence d'une aggravation, retient que l'incapacité de travail dans une activité légère ne saurait être supérieure à 50%, ce qui confirme l'appréciation du SMR. Par ailleurs, l'OAI souligne que, hormis le Dr M.\_\_\_\_\_, aucun médecin n'a constaté une quelconque atteinte d'ordre psychiatrique, la recourante n'ayant en outre pas de suivi ni de traitement spécialisé sur ce plan. En tout état de cause, l'OAI relève que si une atteinte d'ordre psychiatrique devait être avérée, elle serait postérieure à la décision querellée, laquelle date du 21 avril 2008. L'OAI confirme donc ses conclusions et renvoie pour le surplus à ses précédentes écritures.

Le 21 octobre 2008, le juge instructeur a ordonné la jonction des causes AI 141/06 et AI 259/08.

**E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent en principe à l'AI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, formé en temps utile devant le tribunal compétent selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours déposé le 22 mai 2008 est recevable. Il en va de même de celui déposé le 18 août 2006, complété le 23 février 2007, déclaré recevable par jugement incident du 4 décembre 2007. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet

du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 131 V 164; ATF 125 V 413 c. 2c; ATF 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur le taux d'invalidité de la recourante, l'office intimé soutenant qu'il est de 59% depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2002, alors que cette dernière prétend à l'octroi d'une rente entière.

**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 4 al. 1 LAI). 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 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière

(cf. art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007). Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'art. 28 al. 2 LAI reprend le même échelonnement, le seuil minimum ouvrant le droit à une rente présupposant toujours une invalidité de 40% au mois.

**b)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge s'il y a recours – a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 c. 4; ATF 115 V 133 c. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 c. 2.3 et les arrêts cités; TF I 778/05 du 11 janvier 2007 c. 6.1).

**c)** Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de 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 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 c. 5.1; ATF 125 V 351 c. 3a et la référence; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 c. 2.1.1). Le Tribunal fédéral

relève en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane de médecins traitants. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Par ailleurs, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 c. 3b/ee et les références citées; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 c. 3.3.2; 8C\_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 c. 5.2; I 523/02 du 28 octobre 2002 c. 3). Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3b/cc et les références; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 c. 3.2).

**4.** Dans le cadre de la présente affaire, l'OAI a retenu - sur la base du rapport d'examen clinique rhumatologique du Dr P.\_\_\_\_\_ du 14 février 2008 ainsi que sur la base de l'appréciation du Dr X.\_\_\_\_\_ du 27 février 2008 lui faisant suite - que la recourante présente depuis début 2003 une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, c'est-à-dire évitant le port de charges supérieures à 5 kilos, permettant l'alternance des positions assise et debout au moins deux fois par heure,

évitant les gûnuflexions, le d pacement en terrain accidenté et le travail sollicitant en force les membres supérieurs en hauteur.

La recourante conteste ce point de vue. Elle reproche à l'OAI de s'être fondé uniquement sur les conclusions du SMR, alors qu'elles seraient contredites par les pièces médicales, à savoir le rapport d'expertise du Dr F.\_\_\_\_\_ du 2 avril 2003, le rapport médical du Dr V.\_\_\_\_\_ du 14 avril 2004 ainsi que son avis du 11 janvier 2007. La recourante d ploire en outre qu'aucune expertise médicale impartiale n'ait été mise en œuvre pour évaluer son invalidité.

**a)** A l'examen des pièces médicales au dossier, il apparaît que l'état de santé de la recourante - respectivement sa capacité de travail dans une activité adaptée - a fait l'objet d'évaluations qui divergent sur plusieurs points essentiels.

**aa)** Tout d'abord, dans son rapport médical du 21 octobre 2002, le Dr Z.\_\_\_\_\_ retient une arthrose débutante aux deux genoux et des douleurs articulaires généralisées. Il indique que l'état de santé de l'assurée est stationnaire et que l'activité précédente est toujours exigible sans diminution de rendement. Pour sa part, le Dr H.\_\_\_\_\_ diagnostique le 5 novembre 2002 une gonarthrose droite post-infectieuse à prédominance fémoro-patellaire et considère que l'état de santé s'améliore lentement. Il estime toutefois que l'évolution est compliquée par des douleurs globales du rachis et la perte de l'emploi. Il recommande une reconversion professionnelle dans une activité principalement en position debout, excluant le port de charges supérieures à 5 kilos.

Dans son expertise du 2 avril 2003 destinée à l'assureur perte de gain, le Dr F.\_\_\_\_\_ réserve son pronostic fonctionnel compte tenu de la longue évolution des symptômes et de l'atteinte arthrosique avancée du genou droit. Il qualifie la gonarthrose droite de sévère. Il lui semble difficile d'envisager une reprise d'une activité professionnelle quelconque, principalement, compte tenu de l'atteinte au genou droit ayant entraîné une importante amyotrophie du membre inférieur avec une limitation de

la mobilité, l'assurée ne tolérant pas la position debout ou assise prolongée ni la marche surtout en descente dans les escaliers. L'assurée souffre en outre d'une atteinte rachidienne actuellement active, bien que non spécifique, qui nécessite un traitement intensif de physiothérapie et d'acupuncture, associé à un traitement régulateur du seuil de la douleur de tricycliques. Dans ces conditions, l'assurée ne serait en mesure de travailler qu'en décubitus dorsal, de sorte qu'il serait difficile de lui trouver une activité qui pourrait être exercée dans cette position. Le Dr F. \_\_\_\_\_ ne mentionne pas de comorbidité psychiatrique.

Dans son rapport du 14 avril 2004 adressé à l'OAI, le Dr V. \_\_\_\_\_ indique que l'état de santé de l'assurée s'aggrave au niveau de la problématique du genou droit, avec répercussions fonctionnelles au niveau de l'axe vertébral. D'après lui, les positions statiques ainsi que dynamiques sont fortement compromises, ce qui exclut une activité en tant qu'ouvrière. Cela étant, aucune autre activité n'est exigible car la recourante présente un handicap intriqué en rapport avec la gonarthrose droite et la souffrance de l'axe vertébral. Il relève au surplus que la qualité du sommeil est perturbée à la suite de la survenue de retournements douloureux, ce qui le conduit à poser le diagnostic des troubles anxigènes sévères.

Le 11 janvier 2007, le Dr V. \_\_\_\_\_ note une détérioration fonctionnelle globale au cours des trois années écoulées en rapport avec une boiterie du genou droit imposant un transfert de contraintes vers le membre inférieur gauche et déstabilisation axiale vertébrale. A ses yeux, la situation reste critique. Ainsi, dans un contexte professionnel où les mouvements répétitifs seraient imposés avec des porte-à-faux et des déplacements, il doute que la situation puisse être réellement stabilisée. De toute manière, ayant eu l'occasion de suivre la recourante durant ces diverses décompensations, le Dr V. \_\_\_\_\_ ne pense pas qu'il soit sage de procéder à une éventuelle réinsertion professionnelle. Le handicap actuel est tel que les déplacements, les ports de charge, les positions statiques et dynamiques s'avèrent mal tolérées.

Dans son examen du 13 février 2008, le Dr P.\_\_\_\_\_ constate qu'il est évident que l'état de santé de l'assurée va encore se dégrader à moyen terme, notamment au niveau du genou droit. Au terme de son examen, il lui apparaît clairement que l'assurée présente d'importantes atteintes à la santé centrées sur l'appareil locomoteur, touchant en premier lieu les genoux, surtout à droite, mais également le rachis. Il affirme ainsi que l'atteinte au niveau du genou droit est sévère alors que l'atteinte au niveau du genou gauche est modérée. L'atteinte objective au niveau du rachis est modérée au niveau cervical, avec des lésions dégénératives banales pour l'âge et des plus modestes au niveau lombaire. Contrairement au Dr F.\_\_\_\_\_, il nie l'existence d'une discopathie puisque l'IRM lombaire ne met en évidence aucune altération du signal des disques inter-vertébraux lombaires. Il conclut que l'articulation au niveau du genou droit est encore correctement fonctionnelle, de sorte qu'une activité professionnelle très légère est envisageable.

Quant au Dr M.\_\_\_\_\_, il infère de l'ensemble du dossier que, sur le plan thérapeutique, la situation de l'assurée pourrait théoriquement s'améliorer avec un traitement bien conduit orienté vers la diminution de la kinésiophobie par des techniques cognitivo-comportementales. Cette amélioration pourrait prendre plusieurs mois, voire une année à deux ans. Il retient par ailleurs que l'assurée présente un état anxieux, voire dépressif, induit par la persistance de sa symptomatologie, aggravée probablement par les conflits assécurologiques et l'ensemble de son parcours existentiel (rapport du 30 avril 2009). Même avec les aggravations observées, il reconnaît une capacité de travail résiduelle dans une activité légère.

**bb)** Par ailleurs, les différents médecins interpellés ont produit des avis divergents quant à la répercussion des troubles de la recourante sur sa capacité de travail.

Le Dr H.\_\_\_\_\_ estime que la recourante pourrait exercer une activité adaptée à un taux maximum de 50%. Les Drs P.\_\_\_\_\_ et

X.\_\_\_\_\_ du SMR ont suivi ce point de vue, que retient également le Dr M.\_\_\_\_\_.

De leur côté, les Drs F.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ estiment que plus aucune activité n'est exigible de la part de la recourante.

**b)** En résumé, la Cour de céans considère qu'en l'état actuel du dossier, il subsiste des incertitudes quant à la gravité des troubles présentés par la recourante et leurs répercussions sur sa capacité de travail.

Ces divergences ou différences ne permettent pas d'accorder en l'état un caractère probant à l'examen clinique rhumatologique du 13 février 2008 du SMR, sur lequel l'OAI s'est fondé. Il n'est dès lors pas possible de statuer en pleine connaissance de cause sur la capacité de travail de la recourante. En pareil cas, la jurisprudence impose la mise en œuvre d'une expertise indépendante au sens de l'art. 44 LPGA, à savoir une expertise réalisée par un médecin qui ne dépend pas de l'assurance ou de son service médical (cf. ATF 135 V 465).

**c)** Il ne se justifie pas d'ordonner la mise en œuvre de l'expertise indépendante dans le cadre de la présente procédure judiciaire. Il est en effet plus expédient de renvoyer l'affaire à l'OAI, qui ordonnera à tout le moins une expertise somatique portant notamment sur les affections dont est atteinte la recourante, leur évolution, ainsi que sa capacité de travail, respectivement toute mesure utile au regard des affections en présence, puis rendra une nouvelle décision sur la demande de prestations.

Dans ces conditions, il n'y a pas lieu d'examiner les autres griefs de la recourante.

**5. a)** 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 de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires dans le cadre de la présente procédure.

**b)** Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire obtient gain de cause, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton si les dépens ne peuvent être obtenus de la partie adverse ou qu'ils ne le seront vraisemblablement pas. Le canton est subrogé à concurrence du montant versé à compter du jour du paiement (art. 122 al. 2 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la désignation d'un avocat d'office. Le Bureau de l'Assistance judiciaire a d'abord désigné en 2006 Me Segura, lequel a été relevé de sa mission d'avocat d'office et indemnisé. Me Stoudmann a ensuite été désigné pour remplacer Me Segura. Il a été relevé de sa mission de conseil d'office et indemnisé. Le 28 décembre 2009, Me Diego Bischof a été désigné comme conseil d'office de la recourante en remplacement de Me Stoudmann.

**c)** La recourante obtient gain de cause dans la mesure où les décisions attaquées sont annulées. Assistée par un mandataire autorisé, elle a donc droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA). En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 2'000 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Les recours sont admis.
  
- II. Les décisions de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 28 juillet 2006 et du 21 avril 2008 sont annulées et la cause renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants.
  
- III. La recourante a droit à une indemnité de dépens de 2'000 fr. (deux mille francs) à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. Il n'est pas perçu de frais de justice.

Le président :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Diego Bischof, avocat (pour S. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Cet arrêt est communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :